

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

450

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul-Emile MORIN

Né le 11 Mars 1911, à PARIS (Seine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Les
occlusions intestinales aiguës
au cours de la puerpéralité

Travail de la Clinique Obstétricale de l'Hôpital Saint-Antoine
(Professeur E. LÉVY-SOLAL)

Président : M. E. LEVY-SOLAL, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

101

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul-Emile MORIN

Né le 11 Mars 1911, à PARIS (Seine)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Les

occlusions intestinales aiguës au cours de la puerpéralité

Travail de la Clinique Obstétricale de l'Hôpital Saint-Antoine
(Professeur E. LÉVY-SOLAL)

Président : M. E. LEVY-SOLAL, professeur

PARIS

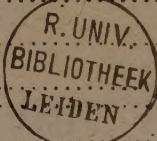
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie médicale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie médicale et générale	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique de neuro-chirurgie	
Clinique cardiologie	
Assistance médico-sociale	
Professeurs sans chaire	

MM.
ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ADRAMI.
MONDOR.
LEHOUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL.
LAVASTINE
PIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE
CLERC.
LEREBoullet
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
FERRIEN.
CHEVASSU.
LEVY-SOLAL.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL
VILLARET.
TROISIER
MATHIEU.
Clovis VINCENT.
LAUBRY.
MM.
HAZARD.
HOVELACQUE
MULON.
OLIVIER.
SANNIE.
VERNE



II. — Agrégés en exercice

MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.
FENARD Henri	Pathologie	médicale.
BERNARD Et.	Pathologie	médicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.	
BOULIN	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.	
CATHALA	Pathologie	médicale.
COSTE	Pathologie	médicale.
CHEVALLIER	Pathologie	médicale.
DOGNON	Physique	
FUNCK.		
PRENTANO....	Pathologie	chirurgicale.
FEY	Urologie.	
GAILLARD	Parasitologie.	
GASTINEL	Bactériologie.	

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU ...	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT.	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD.....	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER..	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
NEVEU-	
LEMAIRE..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CHAILLEY-	
DONZELOT ...	
DUVOIR	} Clinique médicale
LIAN	
PASTEUR- VAL	
LERY-RADOT..	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale
ECALLE	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

Le Docteur E. FISSIAUX

A MON PERE

Le Docteur Paul MORIN

*Dont l'exemple de chaque jour fut pour
moi la plus grande des leçons.*

A MA MERE

En témoignage de profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON MAITRE

Le Professeur Robert PROUST

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur E. LEVY-SOLAL
Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté
Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'honneur .

*En témoignage de mon respectueux et
profond attachement pour l'indulgente et
affectueuse sollicitude qu'il n'a cessé de
me prouver.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé L. PORTES

Accoucheur de l'Hôpital Bichat

Officier de la Légion d'honneur

*Hommage de profonde reconnaissance
pour l'enseignement précieux et la grande
bienveillance qu'il m'a prodigués pendant
mon séjour dans son service.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur C. LENORMANT

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

Officier de la Légion d'honneur

*Hommage de profonde et reconnaiss-
sante admiration.*

A MES MAITRES :

Monsieur le Docteur J. LEMELAND

Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'honneur

Monsieur le Docteur G. PICOT

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'honneur

Monsieur le Docteur L. HOUDARD

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Chevalier de la Légion d'honneur

En témoignage de ma respectueuse affection.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

- 1929-1930 Monsieur le Professeur F. LEJARS (*in memoriam*)
1930-1931 Monsieur le Professeur P. CARNOT

Externat

- 1931-1932 Monsieur le Professeur R. PROUST (*in memoriam*)
1932-1933 Monsieur le Docteur J. PARAF
1933-1934 Monsieur le Professeur C. LENORMANT

Internat

- 1935-1936 Monsieur le Docteur J. LEMELAND
1936-1937 Monsieur le Docteur G. PICOT
1937-1938 Monsieur le Docteur L. HOUDARD
1938 Monsieur le Professeur E. LEVY-SOLAL
1938-1939 Monsieur le Professeur Agrégé L. PORTES

A MES MAITRES :

Monsieur le Docteur J. QUÉNU

Professeur Agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur P. WILMOTH

Professeur Agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur A. MAURER

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur L. AUROUSSEAU

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur M. SUREAU

Accoucheur des Hôpitaux

Monsieur le Docteur F. LEPAGE

Accoucheur des Hôpitaux

Qui m'ont guidé avec amitié.

A Messieurs les Docteurs : J. GRASSET
P. JOURDAN, M. MAYER, Olivier MONOD, J. VESLOT

A MES AMIS

Messieurs les Docteurs : E. BOROS, J. BRET,
R. OLLIER, F. ROUHER, P. SUIRE, J. ZHA
Messieurs R. DUBOS, P. MARIANI D'ALBERTINI, P. POUGET

A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

L'occlusion intestinale au cours des différentes phases de la puerpéralité est exceptionnelle.

En 1902, PINARD pensait même qu'il n'y avait pas lieu d'ouvrir, dans la pathologie puerpérale, un chapitre ayant pour titre : « *Occlusion intestinale de la grossesse* », et il ajoutait : « Pour ma part, je n'ai jamais vu d'occlusion intestinale compliquer une grossesse normale, et lorsque j'ai observé des accidents intestinaux, il s'agissait de grossesse extra-utérine ou d'appendicite. »

Certes, ce sont là, en effet, les deux grands facteurs d'occlusion intestinale pendant la grossesse; il est même classique de dire que, lorsque une femme enceinte présente de tels accidents au début d'une gestation, leur simple constatation suffit à faire porter le diagnostic : de grossesse ectopique.

Il est indiscutable également que l'appendicite aiguë s'accompagne volontiers chez la femme enceinte de phénomènes d'occlusion, même sans qu'il y ait abcès ou réaction péritonéale importante.

Mais il n'en est pas moins vrai que des occlusions intestinales aiguës véritables, peuvent compliquer la gestation normale. PINARD, lui-même, en 1913, revenait sur son opinion première, et intervenant lors de la discussion de mars 1913 à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris, reconnaissait l'existence de ces accidents, leur gravité, et la nécessité d'un traitement chirurgical précoce. « Plus je vieillis, plus je vois de cas semblables, plus j'ai la conviction que les moyens médicaux, aussi bien que l'évacuation de l'utérus, doivent

être abandonnés et que seule l'intervention précoce peut sauver la vie des malades ».

Et, en fait, actuellement, malgré les difficultés que l'on peut éprouver à classer dans un tableau d'ensemble ces accidents occlusifs si divers de la puerpéralité, il est possible d'individualiser un syndrome « *Occlusion intestinale de la grossesse* ».

Dans l'éclosion de ce syndrome, le rôle de la grossesse n'est pas toujours prouvé, c'est ce qui avait conduit GAUCHERY à séparer nettement trois groupes d'occlusions selon leurs rapports avec l'état puerpéral :

- les occlusions extra-gravidiques;
- les occlusions para-gravidiques dont le type le plus fréquent est réalisé par le volvulus du côlon pelvien;
- les occlusions gravidiques pures, ces dernières étant de beaucoup les plus rares.

Il nous a semblé pourtant en analysant les nombreuses observations et les divers travaux publiés depuis 1900, que pour n'être pas toujours nette, l'influence de la puerpéralité était cependant indiscutable dans nombre de cas.

En emplissant la presque totalité de l'abdomen, l'utérus gravide empêche certaines variétés d'occlusions comme les étranglements herniaires, par exemple; par contre, en modifiant la statique abdominale, en influant sur le péristaltisme intestinal, l'état de grossesse favorise l'apparition de certaines variétés d'occlusions bien particulières, au premier rang desquelles il faut citer :

- les volvulus ;
 - et ce que nous appellerons : les iléus vrais de la grossesse;
- le siège de ces occlusions étant neuf fois sur dix le côlon sigmoïde.

Par ailleurs, la présence de cet utérus gravide rend particulièrement malaisée la reconnaissance de l'iléus et de sa cause véritable, complique singulièrement le problème thérapeuti-

que, et cela d'autant plus que la grossesse est plus avancée. Or, comme nous le verrons, les quatre cinquièmes des iléus se produisent pendant les derniers mois de la grossesse, c'est-à-dire lorsque les modifications dues à l'état puerpéral sont au maximum.

Enfin il est un dernier point sur lequel l'influence de la grossesse n'est pas douteuse; c'est la gravité du pronostic, gravité propre, mais aussi du fait justement de ces difficultés diagnostiques et thérapeutiques.

Donc :

- particularités de mécanisme;
- difficultés diagnostiques;
- difficultés thérapeutiques, à la fois d'ordre obstétrical et chirurgical;
- gravité du pronostic;

telles sont les caractéristiques de ces iléus qui nous apparaissent ainsi bien différents des occlusions banales, survenant chez la femme en dehors de la gestation.

Il n'en est pas moins vrai que ces occlusions banales peuvent survenir chez une femme enceinte et qu'elles vont pouvoir évoluer sans caractères spéciaux : l'iléus apparaît alors comme un accident intercurrent, vraiment extra-gravidique, une coïncidence que l'état de grossesse ne peut avoir provoquée. Mais de tels faits ne s'observent pratiquement que pendant les premiers mois de la grossesse, alors que l'utérus gravide n'a pas encore troublé par son développement la statique abdominale. Plus tard celle-ci va se trouver modifiée singulièrement :

— Une première fois lorsque l'utérus sortant du bassin va se développer dans la cavité abdominale.

— Une seconde fois après l'accouchement lors de la déplétion brutale qui suit la sortie de l'enfant.

C'est alors que se produisent les accidents occlusifs les plus fréquents et les plus graves et c'est pourquoi il nous a semblé plus rationnel et plus conforme à la réalité des faits de distinguer :

1° Les occlusions de la première moitié de la grossesse : occlusions accidentelles le plus souvent.

2° Les occlusions de la seconde moitié et de la fin de la grossesse qui réalisent le plus souvent ce syndrome d'occlusions basses du sigmoïde sur lequel nous avons déjà insisté.

3° Les occlusions du post-partum enfin.

Ces deux dernières variétés posant les problèmes les plus délicats, nous retiendront particulièrement au cours de cette étude, étant bien entendu, *que nous n'aurons en vue que les gestations normales*, à l'exclusion des grossesses compliquées (tumeurs utérines ou annexielles).

Quant aux occlusions survenant pendant le travail, c'est bien artificiellement qu'on a tenté de les individualiser; elles sont en effet le plus souvent méconnues lors de l'accouchement : ce n'est que dans les premiers jours du post-partum qu'elles se manifestent vraiment. Nous les étudierons donc avec les occlusions survenant après l'accouchement.

HISTORIQUE

Le premier travail d'ensemble important concernant l'occlusion intestinale pendant la grossesse est dû à MEYER. En 1898 cet auteur réunissait les 16 observations antérieures éparses dans la littérature médicale. Il apportait lui-même trois observations personnelles recueillies à la Maternité de Copenhague, et, à l'occasion de ces 19 cas, insistait tout particulièrement sur l'extrême rareté de l'affection; le pourcentage qu'il donne de deux occlusions pour 50.000 accouchements soit 0,04 pour mille, paraît cependant inférieur à la réalité.

C'est alors seulement que l'attention est attirée sur cette complication grave de la puerpéralité, qui apparaît ainsi moins rare qu'on n'était tenté de le croire. Diverses observations en sont publiées en Allemagne et en Europe Centrale notamment.

Mais il faut attendre la thèse de VERGEZ, en 1901, pour avoir la première étude un peu complète de la question. En 1901 également, Macé rapporte, dans les *Annales de la Société Obstétricale de France*, trois autres cas de « Stercorémie pendant la puerpéralité ».

En 1902, DANIEL publie, dans la *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*, une étude clinique assez détaillée des occlusions intestinales puerpérales, en insistant sur la difficulté du diagnostic de cette complication et sur sa gravité.

C'est à la même époque, en mars 1902, que s'ouvre, à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, à l'occasion d'une observation rapportée par PORAK, d'occlusion intestinale débutant avec le travail, une discussion à laquelle prennent part de nombreux auteurs et, en particulier PINARD, qui déclare à cette occasion que toute occlusion survenant chez

la femme enceinte doit immédiatement faire conclure de façon certaine à une grossesse extra-utérine ou à une appendicite.

La même année, en décembre, GAUCHERY, reprenant les observations parues jusqu'alors, étudie le problème dans son ensemble et tente d'établir plus particulièrement les rapports plus ou moins directs de ces occlusions avec la gravidité. Le premier, il donne une classification basée sur le rôle joué par la grossesse dans la genèse de ces accidents et divise ceux-ci en :

- occlusions extra-gravidiques;
- occlusions para-gravidiques ;
- occlusions gravidiques.

Classification encore en vigueur à l'heure actuelle.

Diverses publications, concernant notamment des cas de volvulus du côlon pelvien ou de coudures intestinales au niveau du ligament infundibulo pelvien, paraissent alors, dans les compte rendus de diverses Sociétés savantes.

En 1905, dans son rapport à la Société Obstétricale de France, sur le traitement chirurgical des hématomes rétroplacentaires, le Professeur COUVELAIRE expose le cas d'une tertipare, chez laquelle une opération de Porro fut suivie au bout de quatre jours d'un syndrome d'occlusion paralytique et insiste sur la relative fréquence de ces formes d'iléus post-opératoires.

La thèse de LEMERCIER (Paris 1908), nouveau travail d'ensemble, n'apporte guère d'éclaircissements nouveaux à la question. Dans cette thèse inspirée par Lejars, l'auteur combat l'évacuation utérine simple, comme traitement de ces occlusions. Il ajoute même, que, dans les cas où cette thérapeutique a été employée, les femmes ont succombé. Mais on ne retrouve dans sa thèse aucune observation d'interruption provoquée de la grossesse, mais seulement, deux cas dans lesquels l'évacuation de l'utérus a été accélérée et qui se sont terminés : l'un par la guérison, l'autre par la mort.

Et il conclut : « S'il n'y a pas d'amélioration nette après l'évacuation de l'utérus, il faut recourir à la laparotomie ou créer un anus artificiel ».

Quelques observations françaises et étrangères paraissent à la même époque : elles sont sans grand intérêt.

En 1913, le mécanisme de cette complication de la grossesse est étudié de très près par de BOVIS, dans un article de la *Semaine Médicale* de Paris. Arrivant aux mêmes conclusions que GAUCHERY, de BOVIS envisage trois groupes d'occlusions, selon que le rôle de la grossesse est secondaire, plus nettement apparent ou de premier plan dans l'apparition du syndrome.

La même année (mars 1913), s'ouvre à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris une nouvelle discussion importante, au sujet d'une observation rapportée par LEPAGE, d'une femme opérée par QUÉNU, chez laquelle le cours des matières ne s'est rétabli qu'après évacuation spontanée de l'utérus.

Pour LEPAGE, il existerait deux grands groupes d'occlusions chez la femme enceinte :

— en premier lieu les occlusions sans cause évidente, dues à la seule présence de l'utérus gravide;

— en second lieu les occlusions en rapport avec des étranglements par brides post-opératoires ou inflammatoires.

Et il ajoute : « Si l'on pouvait diagnostiquer les cas exceptionnels dans lesquels la présence d'un utérus gravide suffit pour produire des accidents d'occlusion dans un intestin non adhérent, non coudé, mais simplement comprimé, le traitement consisterait alors en l'évacuation pure et simple de l'utérus. Si au contraire il existe un passé abdominal antérieur, il vaut mieux recourir à la laparotomie ».

A cette même séance, LÉVY-KLOTZ, CUNÉO et PINARD, rapportent une observation d'occlusion survenue au septième mois d'une grossesse, par coudure intestinale siégeant à l'union du côlon iliaque et du côlon pelvien.

C'est à cette occasion que CUNÉO décrit pour la première fois ce mécanisme si spécial de certaines occlusions gravidiques : la coudure ou la torsion du côlon sigmoïde sur le ligament infundibulo pelvien tendu en travers de son trajet, par le développement et l'ascension de l'utérus gravide.

A cette occasion également, PINARD revenait sur son opinion

première et reconnaissant l'existence de ces accidents d'occlusion au cours de l'évolution d'une grossesse normale préconisait comme seul traitement rationnel l'intervention précoce, à l'exclusion de tout autre moyen médical ou obstétrical.

LEJARS insiste également au cours de cette discussion sur la nécessité de cette intervention précoce, mais conseille de s'en tenir à l'entérostomie qui, dit-il, ou bien suffit, ou bien constituera le premier temps d'une intervention ultérieure.

La conclusion de ce long débat est donnée par PINARD, qui conseille « l'intervention chirurgicale précoce, la laparotomie avec recherche et destruction de l'obstacle si possible, et l'entérostomie de dérivation après l'intervention ». C'est donc déjà le rejet absolu de l'intervention obstétricale simple : avortement ou accouchement prématuré artificiel.

A la même époque la thérapeutique chirurgicale du syndrome occlusif en général, en dehors de l'état puerpéral, fait l'objet, à la Société de Chirurgie, d'une discussion importante à laquelle prennent part : OKINZYCK, LARDENNOIS, QUÉNU, DUJARIER, TUFFIER.

A l'étranger, une statistique importante est publiée par VAN DEN HOEVEN qui rapporte 94 cas d'iléus pendant la grossesse.

Une seconde est publiée en 1914 par LUDWIG, qui collige 89 observations antérieurement publiées et apporte 3 observations personnelles, à la lumière desquelles il tente de préciser l'étiologie de l'affection. Le plus grand nombre de ces observations concernent des occlusions par brides ou par volvulus du côlon pelvien; ce sont le plus souvent des occlusions des derniers mois de la grossesse ou du post-partum.

Différentes publications étrangères paraissent alors; elles sont sans grand intérêt. Signalons seulement parmi les plus importantes : celle de FLOWER en 1912, celle de PINKHAM en 1915, celle de MAZZINI en 1916, et en France une observation d'occlusion gravidique vraie par compression de l'intestin par l'utérus à la fin du huitième mois et rapportée par PLAUCHU.

En 1921, à la Clinique Baudelocque, le Professeur LÉVY-SOLLAL consacre une Conférence du Dimanche à cette question de

l'iléus puerpéral, en insistant sur les modifications du transit intestinal qui peuvent en favoriser l'apparition.

La même année RENAN publie dans sa thèse « Le syndrome d'occlusion intestinale dans ses rapports avec les différentes phases de la puerpéralité », 27 nouvelles observations dont 13 observées à la Clinique Baudelocque de 1900 à 1920.

En février 1922, à la Société de Chirurgie, OKINZYCK rappelle à propos d'une observation nouvelle le mécanisme déjà décrit par CUNÉO, d'occlusion par coudure du sigmoïde au niveau du ligament infundibulo colique gauche. Devant la même Société, SENCERT rapporte un cas d'occlusion gravidique pure, c'est-à-dire en rapport uniquement avec la présence dans l'abdomen de l'utérus gravide.

A la suite de ces diverses observations, VAUTRIN étudie en détail, dans la Gynécologie d'avril 1922, ces occlusions qui appartiennent en propre à la puerpéralité et à l'occasion de trois observations personnelles, il préconise comme traitement de ces formes d'iléus l'établissement d'un anus cæcal simple.

De nombreuses communications paraissent alors. Nous ne citerons que les plus marquantes :

— En France : Une Revue générale de KELLER (*La Gynécologie* 1925) dans laquelle l'auteur insiste particulièrement sur ces faux états occlusifs de la grossesse, ces pseudo-iléus, si difficiles à différencier de l'occlusion vraie et dont il décrit les lésions anatomiques.

A la même époque en Allemagne, LEITNER fait paraître dans sa Thèse (Leipzig 1926) une statistique de 81 cas recueillis dans divers services de Maternité.

MIKULICZ-RADECKI, la même année, rassemble la statistique de Ludwig (1914) et celle de LEITNER, et arrive ainsi au total de 173 cas d'iléus au cours de la grossesse. Il en précise l'étiologie, la date d'apparition et insiste particulièrement sur le mécanisme de ces iléus vrais de la grossesse dont il rapporte 8 observations indiscutables; le premier, il montre le rôle prépondérant que joue l'atonie intestinale dans la production de ces accidents et l'oppose au rôle secondaire que joue la compression intestinale par l'utérus gravide.

BOHLER, reprenant quelques années après cet important travail d'ensemble, y adjoint deux observations personnelles. A son tour, il insiste sur cette atonie intestinale comme élément pathogénique primordial et sur la gravité du pronostic (40 % de mortalité maternelle, 64 % de mortalité infantile).

BERGER, de Montpellier, en 1930, consacre sa thèse aux occlusions paralytiques de post-partum, qui apparaissent comme de beaucoup les plus fréquents et les plus graves de ces syndromes occlusifs de la puerpéralité. La pathogénie de ces iléus et les différentes méthodes de traitement médical (médication chlorurée, rachi-anesthésie en particulier) y sont étudiées de très près.

La question des volvulus du côlon pelvien survenant au cours de la gestation est alors étudiée par LAMBERT (Thèse Paris 1931), qui réunit 61 cas de volvulus intestinaux, mais ne retient que 29 cas où la torsion intéressait le côlon sigmoïde.

A ces 29 observations, MAROGER, en 1933, (Thèse Paris), ajoute deux observations nouvelles et met au point la question du mécanisme de ces volvulus du côlon pelvien, attribuant le rôle primordial à la tension du ligament infundibulo pelvien. C'est sur la corde de ce ligament que l'intestin viendrait se couder et se tordre.

A la même époque, J. RAVINA étudie dans la *Pratique Médicale Française*, le problème de l'occlusion intestinale gravidique et reprend la classification de GAUCHERY en trois groupes selon les rapports plus ou moins étroits de l'occlusion avec la grossesse.

La question est d'ailleurs reprise et traitée dans son ensemble par VIGNES, dans le tome I des « Maladies des Femmes enceintes ».

Mais, c'est surtout en Allemagne, que les travaux et les publications sont les plus nombreux.

En 1928, 1929 et 1930, SENNEWALD, STOECKEL, SEITZ, LUCHS, MICHAËLIS attirent l'attention sur la coexistence fréquente de ces accidents occlusifs avec des phénomènes pyélonéphritiques plus ou moins accentués. Pour les uns, LUCHS en particulier,

la pyélite serait à l'origine de l'occlusion, celle-ci apparaissant comme une occlusion paralytique secondaire à une infection rétro-péritonéale.

Pour la majeure partie des auteurs, au contraire, et pour STOECKEL en particulier, ce seraient plutôt les accidents intestinaux qui favoriseraient l'apparition des accidents pyélitiques. Ces deux ordres de phénomènes étant sous la dépendance d'une même cause : l'atonie gravidique atteignant également l'intestin et l'uretère.

Depuis lors, tous les ans, quelques nouvelles observations des différents types d'occlusions sont publiées dans les compte rendus des diverses Sociétés savantes. Nous ne citerons que les plus importantes :

En France : Observations de BLOCH et R. KOHN, de MATRY, de BANZET, concernant les volvulus du côlon pelvien.

Observations de BERNARD, HAMANT, VERMELIN, relatives à des occlusions par brides ou adhérences.

Observations de DIGONNET, KELLER, BOHLER, se rapportant à des occlusions du post-partum.

— Observation de LAFFONT et CALLEJA, concernant un cas d'iléus gravidique vrai, à l'occasion duquel les auteurs proposent une formule thérapeutique que nous étudierons par ailleurs.

La littérature étrangère est également fournie en observations de ce genre. Les principales sont celles de BISCHOFF et PINKERTON, de CASAGRANGE, de REIS, de CHARBONNET, d'ELIASON en Amérique; celles de BROUHA, de PASTIELS et STRAETMANS, en Belgique; celles de BASS en Suisse.

— Nous signalerons enfin la thèse récente de FOUCAULT (thèse Nancy 1939) qui constitue une fort intéressante étude d'ensemble de l'occlusion intestinale au cours de la période gravido-puerpérale.

ETIOLOGIE

Fréquence.

L'occlusion intestinale au cours de la puerpéralité est donc extrêmement rare :

La première statistique importante, celle de LUDWIG, publiée en 1914, ne relève que 89 cas dans la littérature mondiale.

De 1914 à 1925, LEITNER en rassemble 81 nouvelles observations.

En 1926, MIKULICZ-RADECKI, réunissant ces deux statistiques et ajoutant quelques observations personnelles, arrive à un total de 173 cas.

Depuis cette date, nous n'avons relevé dans la littérature française ou étrangère et dans les différents services de Maternité de Paris, qu'un nombre assez restreint d'observations; la majeure partie émanant, notion classique d'ailleurs, d'auteurs allemands ou autrichiens.

De 1926 à 1938, nous avons retrouvé une soixantaine d'observations publiées en France ou à l'étranger et seulement neuf observations inédites.

Le pourcentage est donc extrêmement minime. MEYER, dans une statistique faite à la Clinique de Copenhague, donnait le chiffre de deux occlusions intestinales pour 50.000 accouchements. Actuellement l'affection semble mieux connue et moins de cas passent inaperçus. RENAN, dans sa thèse de 1921, donnait ainsi un chiffre nettement supérieur. Il avait pu recueillir à la Clinique Baudelocque, 12 occlusions pour 39.638 accouchements, soit environ 0,3 pour mille.

LIEBMANN évalue sa fréquence à 0,12 pour mille.

Age et parité.

Dans la plupart des observations publiées et dans celles que nous avons pu recueillir l'affection apparaît le plus souvent chez les femmes jeunes, dont l'âge ne dépasse pas 35 ans. Le maximum de fréquence semble se trouver aux environs de 30 ans, c'est-à-dire en période de pleine activité génitale.

Si l'on compare ces faits avec les faits d'occlusion banale survenant chez la femme en dehors de la puerpéralité, il est impossible de ne pas voir là une discordance frappante. En dehors de la hernie étranglée qui, comme nous le verrons, n'existe pratiquement pas pendant la grossesse, l'occlusion intestinale apparaît chez la femme jeune non enceinte comme une éventualité rarissime.

Cette discordance apparaît encore plus nette en ce qui concerne une des formes les plus habituelles, sinon la plus habituelle de l'occlusion de la gravidité; à savoir : le volvulus du côlon pelvien. Toutes les statistiques sont d'accord pour affirmer en premier lieu que le volvulus est une affection de l'homme, qu'il est par contre exceptionnel chez la femme. LIÉBAUT, dans une étude portant sur 16 cas de volvulus, trouve 14 hommes pour 2 femmes.

Il est donc impossible de ne pas voir déjà dans ce fait une influence certaine de l'état puerpéral, puisque cet état permet l'apparition chez la femme, aux environs de la trentaine, de syndromes que l'on n'est guère habitué à rencontrer que chez l'homme ou chez la femme ayant dépassé la quarantaine.

L'influence de la parité est encore plus manifeste. L'O.I. est l'apanage presque exclusif des multipares, et même des grandes multipares — sur 35 cas colligés par GAUCHERY, on relève 19 multipares, 7 secundipares et seulement 9 primipares. Des grossesses successives ont porté l'atonie intestinale à son plus haut degré; et chez ces multipares souvent constipées chroniques à ptose abdominale ancienne, une grossesse nouvelle peut être le prétexte à une crise d'occlusion confirmée.

Mais l'influence de ce facteur ne semble pas être d'égale

importance dans toutes les variétés d'occlusions. Moins marqué dans l'ileus par brides, ou dans l'iléus gravidique vrai, le rôle de la multiparité est par contre indiscutable dans l'apparition du volvulus. (Une seule primipare pour les 23 cas cités par MAROGER, où la parité est indiquée).

Il n'en est pas moins vrai que l'atonie intestinale, dont nous verrons ultérieurement l'importance dans l'apparition de ces syndromes, est d'autant plus manifeste que les grossesses ont été plus nombreuses et plus rapprochées et l'on peut conclure que *l'occlusion intestinale, frappant surtout les femmes jeunes, s'observe avec prédilection chez les multipares.*

Date d'apparition.

LUDWIG a montré dans sa statistique que l'iléus apparaissait au cours de la puerpéralité à trois périodes « critiques » bien distinctes :

— en premier lieu au début du quatrième mois de la grossesse, lorsque l'utérus en se développant sort du bassin;

— en second lieu dans le dernier mois de la grossesse, quand la tête fœtale s'engage et fait descendre le fond utérin;

— enfin au début de la période des suites de couches, immédiatement après l'accouchement, lorsque l'utérus diminue brusquement de volume.

En reprenant les 81 observations de sa statistique, nous trouvons, en effet, que six cas seulement d'iléus se sont produits pendant les trois premiers mois. Nous trouvons ensuite une augmentation nette à partir du quatrième mois, puis la courbe reste stationnaire jusqu'à la fin de la grossesse :

9 cas au quatrième mois.

9 cas au cinquième mois.

7 cas au sixième mois.

8 cas au septième mois.

7 cas au huitième mois.

— Il existe alors une recrudescence manifeste pendant les derniers jours de la grossesse et lors de l'accouchement : puisque nous trouvons pour cette période 13 cas.

— Enfin 14 fois les accidents d'iléus se sont produits pendant les suites de couches.

— Les chiffres donnés par MIKULICZ-RADECKI concordent sensiblement, avec cette différence toutefois, que cet auteur trouve un maximum de fréquence au cours du sixième mois, une diminution légère par la suite et une recrudescence importante lors de l'accouchement et des suites de couches. Et l'auteur explique ce fait de la façon suivante : « Il ressort que les déplacements de l'intestin qui, pendant la grossesse, déterminent l'iléus, sont particulièrement importants du cinquième au septième mois. Durant cette période il y a en même temps assez de place pour que l'utérus soit refoulé et pour que l'intestin se déplace. Si le nombre d'iléus diminue pendant les huitième et neuvième mois, il est permis de l'expliquer par ce fait qu'à cette époque la place pour l'intestin est tellement limitée que les déplacements et les coudures ne peuvent plus se produire. A la fin de la grossesse, par suite de l'abaissement du fond utérin, un nouvel espace libre se trouve de nouveau donné aux anses intestinales pour se déplacer. Enfin, après l'accouchement, il se produit un changement considérable dans les conditions d'équilibre de la cavité abdominale, de sorte que le plus grand nombre d'iléus apparaît pendant les suites de couches ».

Cette explication ne nous paraît guère satisfaisante. Outre d'abord qu'elle s'appuie sur un trop petit nombre de cas et sur de trop minimes différences pour avoir une valeur réelle, il ne semble pas que le développement de l'utérus gravide puisse à lui seul entraîner des modifications de la statique intestinale telles qu'un iléus puisse se produire.

Ceci ne semble vrai que pour certaines occlusions par coudures ou par torsions survenant après l'accouchement; c'est en effet, seulement à cette période qu'il existe des modifications importantes et brutales au niveau de la cavité abdominale et que ces modifications peuvent entraîner des syndromes occusifs de type variable.

Par contre, il n'y a pas lieu de s'étonner de voir survenir cette complication dans les deux derniers mois de la grossesse, au moment où l'abdomen est presque entièrement rempli par un utérus gravide qui semble devoir interdire toute torsion intestinale et ne pas laisser de place à une anse volvulée très distendue, car c'est précisément à la fin de la grossesse que l'utérus s'extériorise le plus facilement et permet des distensions considérables de l'intestin (METZGER).

Et, en fait, on peut conclure déjà que :

— *Les occlusions de la première moitié de la grossesse sont exceptionnelles.*

— *Qu'elles sont plus fréquentes dans la seconde moitié et d'autant plus qu'on s'approche du terme de la grossesse,*

— *mais que le maximum de fréquence est atteint dans les suites de couches.*

Terrain.

Existe-t-il du fait de la gravidité, un état intestinal particulier prédisposant à l'occlusion ?

Il ne semble pas, a priori, que cette notion de terrain spécial ait une importance à retenir. Car alors, comment expliquer cette rareté de l'occlusion puerpérale ? Répétons-le, la grossesse ne prédispose pas à l'occlusion, à proprement parler — étant toujours bien entendu que nous n'envisageons ici que la grossesse normale non compliquée — elle ne prédispose qu'à quelques formes bien particulières et qui lui sont propres.

Au premier rang de ces formes nous avons vu qu'il fallait ranger *les volvulus du côlon pelvien* et ce que nous appellerons « *les occlusions gravidiques vraies* ».

Et c'est justement la constatation de ces deux aspects qui peut faire penser que dans certains cas il existerait au niveau de l'intestin des modifications gravidiques prédisposantes :

— 1° Modifications d'ordre statique.

— 2° Modifications d'ordre dynamique.

1° MODIFICATIONS D'ORDRE STATIQUE.

A la suite des travaux de WATZ, de RENNWALD et FINK, GUTHMANN et STAEHLER ont repris l'étude de ces modifications intestinales de la grossesse. Leur étude porte sur 23 cas de grossesse, chez des femmes entre 19 et 31 ans, auxquelles fut administré du baryum par la bouche et par lavement.

Au niveau de la partie supérieure du tube digestif et de l'intestin grêle on ne note pas de déplacements appréciables, en dehors d'un refoulement en haut et en arrière des anses grêles.

Les déplacements du gros intestin ont par contre fait l'objet de constatations radiologiques importantes; aussi bien ce sont ceux qui nous intéressent surtout dans cette étude.

Les déplacements du cæcum semblent peu considérables. La situation de cet organe est d'ailleurs d'appréciation délicate, car le procédé d'examen employé peut à lui seul entraîner un déplacement apparent de l'importance d'une « largeur de main ». Cependant il y a lieu d'admettre, tant du fait des constatations que nous avons relevées dans la littérature, que des observations auxquelles GUTHMANN et STAEHLER ont procédé, que le pôle inférieur du cæcum est relevé jusque dans la région de la crête iliaque et parfois de quelques centimètres au-dessus.

Il ne s'agit d'ailleurs pas là d'un véritable cæcum mobile, qui puisse prédisposer à un volvulus, ou à une coudure, et qui est une affection extrêmement rare.

L'angle colique droit n'est que légèrement déplissé jusque vers le cinquième mois.

Puis le côlon transverse, soulevé par l'utérus, se couche sur la face antérieure du fond utérin, en avant de l'estomac. Après l'accouchement, ce côlon transverse est fortement ptosé et peut descendre jusqu'au pubis. C'est à ce moment qu'on pourra quelquefois observer des coudures brutales au niveau de l'angle splénique.

Quant au côlon sigmoïde, il apparaît au cours de l'examen radiologique comprimé tout au moins dans sa partie inférieure. La durée du transit intestinal qui était normale jusque là,

se ralentit à partir de cette région. C'est à l'existence de ce « block sigmoïdien » que les auteurs attribuent la constipation gravidique.

Mais en dehors de cette simple compression, le côlon sigmoïde apparaît coudé à angle plus aigu. Refoulé dans la fosse iliaque gauche, il y décrit une boucle serrée, boucle dont la partie supérieure se trouve sous-tendue par l'ascension d'une formation ligamentaire dont nous verrons ultérieurement toute l'importance : le ligament infundibulo-pelvien.

Il semble qu'il y ait dans cette coudure un obstacle qui va favoriser la stase fécale en amont et accroître les chances d'occlusion à ce niveau.

2° MODIFICATIONS D'ORDRE DYNAMIQUE.

Avec juste raison notre maître, M. le Professeur E. LÉVY-SOLAL, a attiré l'attention sur ces modifications dynamiques qui frappent l'uretère et l'intestin au cours de la grossesse, modifications souvent coexistantes et qui expliqueraient l'existence de ces associations d'iléus et de pyélite.

A l'origine de cette diminution de la motricité intestinale, de nombreuses causes ont été invoquées; pour les auteurs allemands, en particulier, cette atonie intestinale réaliserait une des manifestations des troubles du système neuro-végétatif.

L'équilibre entre le système sympathique et le système parasympathique est profondément modifié, pendant la gravidité. La rupture de l'équilibre se fait dans le sens de l'atonie (STOECKEL), atonie qui se manifeste aussi bien au niveau de l'intestin que de l'estomac et de l'uretère.

SEITZ, en particulier, considère l'association de l'occlusion intestinale avec la pyélite comme une manifestation de ces troubles du système neuro-végétatif.

On peut concevoir également que cette atonie soit en rapport avec les modifications hormonales, si importantes de la puerpéralité. Des recherches que nous avons entreprises à ce sujet dans le laboratoire de la clinique obstétricale de l'hôpital Saint-Antoine sembleraient confirmer cette manière de voir, mais les

résultats que nous avons obtenus jusqu'ici, ne sont ni suffisamment nombreux, ni suffisamment probants pour que nous puissions en tirer des conclusions.

Quelle qu'en soit d'ailleurs l'origine, cette notion d'atonie, mise en évidence surtout au niveau de l'uretère, mais intéressant également tout le tractus digestif, est un des faits dominants de cette question de l'iléus. Elle en est vraiment la cause favorisante et explique ces formes si spéciales d'occlusions gravidiques, dont nous allons préciser le mécanisme et la pathogénie.

MECANISME - PATHOGENIE

Il est impossible de décrire un mécanisme unique à ces iléus puerpéraux. Le problème englobe en effet des faits trop nombreux et trop disparates.

Toutes les formes d'occlusions peuvent se rencontrer. Nous éliminerons toutefois d'emblée une forme qui pratiquement n'existe pas au cours de la grossesse: *l'étranglement herniaire*.

En dehors de la grossesse, c'est de beaucoup la cause la plus fréquente de l'occlusion chez la femme jeune. Par contre cet accident ne se rencontre pratiquement jamais chez la femme enceinte. Nous n'en avons retrouvé que quelques rares observations parmi lesquelles :

Une observation de MIKULICZ dans laquelle il s'agissait d'une hernie diaphragmatique.

Deux observations de RUPP dans lesquelles il s'agissait une fois d'une hernie épigastrique, une autre fois d'une hernie de la ligne blanche.

On a attribué cette rareté au fait que l'utérus gravide, en se développant, ferme les orifices normaux de la paroi abdominale à la façon d'une pelote, empêchant ainsi l'intestin de les atteindre, d'autant plus que cet intestin se trouve cantonné dans la partie supérieure et postérieure de l'abdomen.

Souvent également, des hernies existant avant la grossesse subissent, du fait de cette grossesse, une régression attribuable, semble-t-il, au fait que l'utérus en refoulant l'intestin les vide de leur contenu.

Par contre, toutes les autres causes d'iléus que nous trouvons chez la femme en dehors de la gestation, peuvent intervenir.

Ce sont ces cas d'occlusion que nous appellerons : « occlu-

sions accidentelles » mais qui peuvent être modifiés dans leur mécanisme et dans leur aspect par la présence de l'utérus gravide.

— Mais surtout nous insisterons sur la pathogénie de ces aspects bien particuliers que nous avons déjà signalés :

— *Les volvulus du côlon pelvien.*

— *Les occlusions gravidiques vraies*, parmi lesquelles il nous faudra isoler les occlusions par rétroflexion d'utérus gravide incarcéré dans le petit bassin, elles sont liées uniquement à la présence dans l'abdomen de l'utérus gravide. C'est dire que le rôle de la grossesse dans leur production est indiscutable; mais nous verrons qu'il n'est pas toujours suffisant.

— Enfin, nous examinerons dans un chapitre à part *les occlusions paralytiques* : celles-ci relèvent le plus souvent d'une réaction péritonéale du post-partum; soit après un accouchement spontané, soit plus souvent après une intervention obstétricale quelconque (forceps, opération césarienne).

Dans quelles proportions ces différents mécanismes se rencontrent-ils ? Si nous examinons les deux statistiques les plus importantes, celle de LUDWIG et celle de MICKULICZ nous trouvons des chiffres sensiblement concordants et qui se répartissent de la façon suivante :

STATISTIQUE DE LEITNER ET DE MICKULICZ				
CAUSES	NOMBRE	GUÉRISON	EXITUS	ISSUE INCONNUE
— Etranglement par brides	15	9 (60 %)	6	—
— Invaginations ...	3	0	3	—
— Tumeurs	4	2	2	—
— Hernie étranglée.	1	—	1	—
— Volvulus	34	16 (53 %)	14	4
— Compression par utérus gravide, (y compris la rétroflexion incarcérée.)	10 cas certains 8 cas non certains	8 8	2 —	— —
— Causes inconnues	6	—	—	6
— Total,	81	48 (60 %)	38 (39,4 %)	10

La statistique de LUDWIG diffère peu, sauf en ce qui concerne les occlusions par tumeurs surajoutées mais nous n'avons pas en vue de tels cas.

Sur 89 cas, en effet, LUDWIG note :

- 28 étranglements par brides,
- 25 occlusions par tumeurs (sans préciser d'ailleurs le siège ni la nature de ces tumeurs),
- 13 volvulus,
- 8 occlusions par rétroflexion d'utérus grévde.

Tous les chiffres sont donc d'accord pour affirmer la plus grande fréquence de l'occlusion par volvulus au cours de la grossesse (sur 130 cas, KREIN relève 13 cas de volvulus) et en particulier de volvulus du côlon pelvien. Viennent ensuite les occlusions par brides ou adhérences.

Quant aux occlusions relevant de la seule présence dans l'abdomen d'un utérus grévde, elles sont malgré leur rareté, indiscutables.

1° Les occlusions accidentelles

Nous décrirons sous ce titre toutes les occlusions qui peuvent se rencontrer chez la femme enceinte sans que la gravidité intervienne dans leur production. C'est-à-dire que nous comprendrons dans ce chapitre :

- *les occlusions par brides ou adhérences*, post-opératoires ou non, dont nous rapprocherons les occlusions par étranglement d'une hernie interne;
- *les invaginations intestinales*;
- *les volvulus autres que ceux du côlon pelvien*, c'est-à-dire volvulus du grêle ou du cæcum;
- *les infarctus du mésentère*;
- *les occlusions néoplasiques*.

Dans l'ensemble, le mécanisme et la pathogénie de ces accidents ne comportent rien de particulier du fait de la gravidité. Aussi n'y insisterons-nous pas spécialement.

A. — Brides ou adhérences :

L'intestin se trouve étranglé à un niveau quelconque, plus souvent au niveau du grêle, par des brides post-opératoires ou d'origine inflammatoire :

— Tantôt il s'agit de brides courtes et adhérentes par leurs extrémités, soit à deux points voisins de la paroi abdominale, soit à un des viscères contenu dans l'abdomen et constituant un orifice plus ou moins large dans lequel une anse intestinale peut s'engager.

— Tantôt il s'agit de brides longues pouvant s'enrouler autour d'un segment intestinal (franges épiploïques adhérentes à la paroi abdominale).

— Tantôt ce sont des brides formées soit par la trompe de Fallope, soit plus souvent par l'appendice iléo-cæcal ou par un diverticule de Meckel.

En somme, rien que de banal dans ces cas, mais là où la grossesse intervient, c'est lors du développement de l'utérus gravide ou lors de sa déplétion brusque pendant l'accouchement : ces brides ou adhérences peuvent être entraînées par les déplacements de l'utérus. Et cette condition se trouvera réalisée au mieux lorsque ces brides s'inséreront par l'une ou par leurs deux extrémités, soit à l'utérus même, soit à une trompe (après un processus salpingien antérieur par exemple).

Il peut se produire alors un étirement de ces brides qui se tendent, forment une corde sur laquelle une partie quelconque de l'intestin va pouvoir se couder ou s'enrouler. Ceci surtout lorsque l'utérus gravide accuse, ce qui est fréquent au cours de la grossesse, un certain degré de dextrotorsion. Le mécanisme se rapproche alors de celui que nous verrons en étudiant le volvulus du côlon pelvien.

Tous ces faits échappent d'ailleurs à une description méthodique, « il faut lire toutes les observations pour se rendre compte de la multiplicité et de la diversité des dispositions anatomiques réalisées » (VIGNES). En tout cas, ces brides constituent au cours de l'état puerpéral une des causes des plus fréquentes sinon la plus fréquentée de l'iléus.

— Nous en rapprocherons les *étranglements intestinaux dans un orifice de hernie interne*. Ceux-ci peuvent se produire au cours de la grossesse comme en dehors d'elle :

— soit dans des orifices normaux : fossettes péritonéales de Jonnesco, hiatus de Winslow, orifices caractérisés par le côtoïement du collet de la hernie par des vaisseaux importants.

— soit dans des orifices pathologiques spontanés ou provoqués : fentes mésentériques, brèche formée par les deux ligaments ronds après ligamentopexie à la Doleris par exemple.

— soit, et c'est sur ce dernier point que nous insisterons un peu plus longuement, *dans un orifice anormal créé dans le ligament large*. C'est qu'en effet la grossesse, ou plutôt les grossesses successives interviennent pour une large part dans la création de ces brèches du ligament large.

Nous en avons retrouvé plusieurs observations, relatées récemment par MASMONTÉIL et VAUTIER. Le plus souvent il s'agissait de multipares chez lesquelles on pouvait incriminer le manque d'élasticité des tissus déterminant soit la déchirure du ligament large, en général dans la portion mince du mésosalpinx, soit l'élargissement de poches préexistantes, celles-ci siégeant le plus souvent à la base du ligament large.

Les différents auteurs ayant étudié cette question, insistent sur la facilité avec laquelle peut se déchirer la zone avasculaire du mésosalpinx et pour eux la tension produite par le développement d'un utérus gravide ou par l'affaissement brusque de celui-ci, peuvent très bien produire une telle déchirure.

Le plus souvent, c'est l'intestin grêle qui s'engage dans cette brèche ou dans cette poche ligamentaire ; il peut s'agir aussi cependant du sigmoïde (observation de MASMONTÉIL).

Certes, l'occlusion consécutive à cet accident n'est pas fatalement un accident survenant pendant la grossesse. Sur les 21 observations rapportées par MASMONTÉIL et VAUTIER, deux fois seulement l'iléus s'est produit pendant la grossesse, une fois au sixième mois, une fois ce fut une découverte opératoire au cours d'une césarienne (HUNT).

Mais tous les autres cas concernaient des multipares, sou-

vent de grandes multipares ; il y a donc là dans la pathogénie de tels étranglements internes une influence manifeste de la grossesse sur laquelle nous avons tenu à insister.

B. — Les invaginations intestinales.

L'invagination intestinale apparaît pendant la grossesse, comme en dehors de cet état d'ailleurs, une éventualité exceptionnelle. Nous en avons retrouvé deux observations dont nous rapportons la plus récente. Dans les deux cas, il s'agissait d'invagination iléo-iléale.

Le mécanisme de cet accident est encore mal élucidé. Dans le cas particulier que nous avons en vue, il est évident que la grossesse n'intervient nullement pour favoriser l'invagination.

Chez la malade dont nous rapportons l'observation, il existait des lésions tuberculeuses, sous forme de granulations particulièrement abondantes au niveau de l'anse invaginée. Peut-on vraiment invoquer la présence de ces granulations pour expliquer l'apparition de cet accident ? Il ne semble pas. Lorsque la tuberculose a pu être mise en cause comme facteur déterminant d'une invagination, il s'agissait toujours de lésions de la valvule iléo-cæcale, lésions constituant soit l'amorce d'une invagination iléo-cæcale, soit le collier fixe d'une invagination iléo-colique.

Aucune cause gravidique, ni mécanique ne s'impose donc de façon formelle ; ces cas ne peuvent donc s'expliquer que par un mécanisme analogue à celui que l'on constate chez l'enfant, en particulier par un spasme localisé de l'intestin.

C. — Les volvulus de l'intestin grêle.

Là encore, rien de particulier ni de spécial au cours de la grossesse.

Le plus souvent, la rotation se fait autour de l'axe mésentérique, qu'il s'agisse de volvulus total entraînant la totalité du grêle ou de volvulus partiel entraînant une partie seulement de cet intestin autour d'une branche de la mésentérique.

L'étiologie comme le mécanisme de ces torsions du grêle demeurent mystérieux.

Il semble toutefois qu'au cours de la grossesse, il faille encore faire intervenir le rôle des brides ou des adhérences dont nous avons parlé antérieurement et en particulier des brides consécutives à un processus annexiel inflammatoire.

Sous l'influence de l'augmentation du volume de l'utérus, ou au contraire de sa déplétion brusque, ces brides se tendent entraînant une coudure ou un étranglement intestinal formant ainsi un obstacle sur lequel l'onde péristaltique intestinale qui, normalement court d'un bout à l'autre du grêle, se trouve arrêtée. « L'anse alors lutte, se tord, tord avec elle son mésentère et ses vaisseaux ; le volvulus est réalisé » (GRÉGOIRE).

Dans les observations de volvulus du grêle que nous avons parcourues, l'existence de tels obstacles n'est pas toujours signalée. Il semble cependant que ce soit là une condition nécessaire à la production de l'iléus ; il paraît difficile en effet d'incriminer uniquement des troubles de la statique abdominale, ou le déséquilibre intestinal consécutif soit à l'accroissement, soit à la diminution de volume de l'abdomen pour expliquer de tels faits.

Certains auteurs pourtant ont tenté de le faire en comparant ces accidents aux accidents consécutifs aux interventions abdominales pratiquées en position de Trendelenbourg. L'extrême rareté de ces volvulus du grêle, tant après l'accouchement qu'après les innombrables interventions pratiquées dans cette position de Trendelenbourg rend cette conception pathogénique bien discutable.

D. — Lse volvulus du cæcum.

Les deux observations que nous avons retrouvées de volvulus du cæcum au cours de la grossesse concernaient non pas des volvulus vrais avec rotation du cæcum autour d'un axe vertical, mais des mouvements de bascule du cæcum vers le

haut, autour d'un axe transversal, siégeant à peu près à la partie moyenne du côlon ascendant.

Dans ce mouvement, le fond du cæcum se porte en haut et en avant, sa face antérieure est devenue postérieure ; le cæcum est devenu précolique et sous-hépatique. Par quel mécanisme ? Il est difficile de le dire.

Une mobilité anormale du côlon droit a pu être invoquée, mais ne semble pas suffisante pour expliquer à elle seule ce mouvement de bascule. Le volvulus du cæcum se rencontre en effet presque exclusivement chez l'homme, alors que c'est au contraire chez la femme que l'on constate le plus souvent le côlon droit mobile (DUVAL et GATELLIER).

Plus vraisemblable nous paraît être le rôle d'une inflammation de ce segment intestinal, d'une colite ancienne entretenue et réactivée par la stase iléo-cæcale si fréquente au cours de la grossesse (LÉVY-SOLAL). Cette inflammation entraînant la formation d'adhérences fixant le cæcum en position plus ou moins coudée, plus ou moins renversée, réaliserait ainsi, par une véritable mésentérite rétractile un pivot analogue à celui qui permet du côté gauche les volvulus du côlon pelvien. Sur ce pivot le cæcum distendu et alourdi, soulevé peut-être par l'ascension du ligament lombo-ovarique droit aurait tendance à se tordre.

La grossesse interviendrait donc, pour une très faible part, dans la pathogénie de ces accidents. Mais cette hypothèse s'appuie sur trop peu de cas pour avoir une valeur réelle et nous considérerons ces volvulus du cæcum comme absolument accidentels et indépendants de l'état puerpéral.

E. — Les infarctus du mésentère.

Il en est de même pour les accidents occlusifs en rapport avec un infarctus intestino-mésentérique.

De constatation exceptionnelle au cours de la grossesse, comme en dehors d'elle d'ailleurs, leur pathogénie comporte encore bien des obscurités. Nous ne nous y arrêterons donc

guère et nous ne ferons que rappeler les diverses théories proposées et qui sont résumées dans le rapport d'AMELINE et LE-FEBVRE au 44^e Congrès de chirurgie :

— *Infarctus avec lésion vasculaire* : oblitération artérielle ou veineuse (Observation de Ginglinger).

— *Infarctus sans lésion vasculaire apparente*, pour lesquels on pourrait peut-être faire intervenir un état toxique ou anaphylactique en rapport avec une « toxémie gravidique ». Là encore les faits ne sont pas suffisamment nombreux pour conclure avec certitude. Dans une observation de LAFFONT, GARES et LAFFONT que nous rapportons plus loin, le début des accidents semble secondaire à l'arrêt des mouvements du fœtus, lequel fut expulsé peu après mort et macéré.

On est en droit donc, de se demander, si, dans ce cas particulier, il n'y a pas eu résorption d'autolysats fœtaux et si l'on ne peut pas faire jouer à ceux-ci un rôle analogue à celui des autolysats intestinaux secondaires à des ligatures vasculaires (VILLAR et JEANNENEY). Si l'on accepte cette hypothèse, cette observation rentre donc dans le cadre des infarctus par anaphylaxie décrite par GRÉGOIRE et BINET.

F. — Les occlusions néoplasiques.

Les observations d'occlusion par cancer du côlon sont rares. Et cela se conçoit aisément, lorsqu'on compare l'âge habituel auquel s'observent ces néoplasmes et l'âge habituel des femmes enceintes.

Le plus souvent, ces tumeurs coliques n'entraînent qu'une constipation alternant parfois avec des crises de diarrhée, et cela n'a rien que de très banal au cours d'une grossesse. Plus rarement, ce sont les signes d'occlusion qui dominent la scène et même qui attirent l'attention. Chez une malade de FRANK, il y eut dans les derniers mois de la gestation apparition d'une occlusion comme première manifestation d'un cancer du côlon gauche qui ne s'était pas manifesté jusque-là.

Dans une autre observation que nous publions par ailleurs, due à l'obligeance des Drs DUBOUCHET et JAHIER, d'Alger, les

signes d'occlusion apparurent à la fin du septième mois ; il s'agissait d'un néoplasme de l'angle gauche du côlon.

La grossesse est-elle intervenue dans l'apparition de ces accidents ? Certainement pas au premier chef, puisque tôt ou tard, ces néoplasmes se seraient révélés par des accidents occlusifs. Mais il est possible qu'en déterminant une atonie intestinale marquée elle ait favorisé l'apparition plus précoce de l'occlusion, avant que la tumeur ait obstrué complètement la lumière intestinale. Ce mécanisme présente donc certaines analogies avec celui que nous verrons en étudiant les occlusions en rapport avec une compression intestinale par l'utérus gravidique.

En dehors donc des occlusions par brides ou par étranglement, qui peuvent être favorisées dans une certaine mesure par la grossesse, ces iléus accidentels apparaissent comme particulièrement rares et sans relation prouvée avec l'état gravidique. Ils ne nous intéresseront donc pas spécialement et nous nous attacherons plus longuement à l'étude pathogénique des occlusions propres à l'état puerpéral et que nous allons envisager maintenant

2° Les occlusions intestinales propres à la grossesse

Elles comprennent :

1° *Les occlusions par rétroflexion incarcérée d'utérus gravidique ;*

2° *Les volvulus du côlon pelvien ;*

3° *Les occlusions gravidiques vraies.*

— La première de ces formes, accident du début de la grossesse, est particulièrement rare.

— Les deux autres au contraire, accidents des derniers mois de la grossesse comportent des mécanismes bien spéciaux et à l'heure actuelle encore mal élucidés.

1° La rétroflexion incarcerated d'utérus gravis.

C'est exceptionnellement qu'une telle anomalie entraîne l'apparition d'un iléus. La rétroflexion se trouve en effet habituellement corrigée par le redressement de l'utérus effectué vers le quatrième mois. D'autre part, une rétroversion fixée par une périmétrite importante entraîne surtout des troubles urinaires et assez souvent un avortement rapide.

Il est rare que le fond utérin empêché de franchir le détroit supérieur s'enclavant dans le petit bassin, sans que l'avortement se produise, la compression recto-sigmoïdienne soit suffisante et suffisamment prolongée pour réaliser l'occlusion.

Des signes de rectite avec œdème ano-rectal, ou une constipation opiniâtre sont généralement les seuls symptômes que l'on observe en pareil cas (MOIROUD). Mais l'iléus, pour beaucoup plus rare que la rétention d'urine, existe néanmoins indiscutablement. Dans un cas de JACKSON, la compression recto-sigmoïdienne était exercée par la corne non gravis et rétroversée d'un utérus bifide.

GRAFF et RUPP pensent que l'étranglement direct de l'intestin par l'utérus est peu vraisemblable, étant donné la mollesse de l'utérus gravis et la facilité avec laquelle l'intestin échappe à cette pression. Et ces auteurs admettent que cette pression provoque un spasme à distance qui déterminerait l'iléus.

Quoi qu'il en soit, il semble bien que cette compression ne puisse créer d'iléus vrai, qu'autant qu'il existe une atonie intestinale importante. Nous reviendrons sur ce point essentiel en étudiant l'occlusion gravidique vraie.

2° Les volvulus du côlon pelvien.

Ce sont de beaucoup les plus fréquents puisque sur 61 cas de volvulus intestinaux au cours de la grossesse relevés par LAMBERT en 1931, 29 sont des volvulus du gros intestin autres que ceux du sigmoïde (Volvulus du Cæcum en particulier) et des volvulus du grêle.

Le volvulus du sigmoïde apparait comme le véritable type de l'occlusion intestinale pendant la grossesse.

Mais son mécanisme et sa pathogénie y semblent souvent un peu particuliers et différents de ce que l'on est habitué à constater en dehors de la grossesse. Leur interprétation a donné lieu à de multiples discussions ; nous ne ferons que rappeler celle de 1913 à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, au sujet de l'observation rapportée par LÉVY-KLOTZ et PINARD. L'interprétation pathogénique proposée à cette époque par le Professeur CUNÉO semble encore actuellement la plus séduisante et la plus vraisemblable. Nous y reviendrons plus loin.

Le volvulus du côlon pelvien au cours de la grossesse reconnaît-il la même pathogénie que chez un sujet normal ? Il ne semble pas que ce soit là une règle absolue et si l'on peut voir au cours de la grossesse de tels volvulus (observations de MATRY, BANZET, HAMANT et VERMELIN), il n'en est pas moins vrai que, dans bon nombre d'observations publiées, on ne retrouve signalée nulle part l'existence de ces causes prédisposantes qu'exposait avec tant de netteté le Professeur FORGUE en 1920.

De ces causes prédisposantes que nous ne ferons que rappeler brièvement :

— L'une est une malformation congénitale : c'est la persistance d'une anse sigmoïde anormalement longue avec un méso également long (anse à type infantile).

— L'autre est une malformation acquise : c'est la méso-sigmoïdite rétractile ou maladie de VIRCHOW, processus de rétraction inflammatoire rapprochant les deux branches de l'anse sigmoïde.

Mais, à côté de ces deux anomalies, une troisième cause, également congénitale, semble de plus en plus jouer un rôle : c'est la distension anormale du côlon pelvien, le mégacôlon ou maladie de HIRSCHPRUNG.

Sur ce terrain ainsi préparé, la torsion se produirait sous l'influence de la constipation habituelle chez de tels sujets,

constipation distendant de plus en plus l'S iliaque, augmentant graduellement son poids, et paralysant les mouvements péristaltiques. Ainsi, l'anse inégalement alourdie tendrait à pivoter sur elle-même dans le sens de la plus grande charge.

Ces conceptions pathogéniques actuellement bien établies et admises par tous sont-elles susceptibles de s'appliquer à cette forme spéciale qu'est le volvulus de la femme enceinte ?

Indiscutablement, dans certains cas, il en est ainsi. MATRY, BAZZET et d'autres auteurs signalent dans leurs comptes rendus opératoires des modifications intestinales comparables à celles que l'on observe en dehors de la gestation : anses énormes de 10 à 12 centimètres de diamètre, à parois amincies, sigmoïdes monstrueux empêchant toute manœuvre abdominale, reliées à la paroi par un méso long où courent des traînées caractéristiques de méso-sigmoïdite rétractile.

Force nous est d'admettre que, dans tels cas, il existait une prédisposition anatomique congénitale au volvulus. Il nous semble bien improbable en effet qu'une grossesse ou même que des grossesses successives et rapprochées puissent entraîner des modifications de longueur de l'anse intestinale, ou des lésions de mésentérite rétractile.

Mais, où l'état de puerpéralité peut intervenir de façon importante, c'est dans la création du mégacôlon. Le défaut de motricité de l'intestin, la stase colique secondaire, si marquée chez certaines femmes enceintes, peut entraîner à la longue une dilatation du côlon pelvien telle que celle-ci peut simuler la maladie de Hirschprung.

Il nous apparaît donc que, du fait de la grossesse même un seul facteur prédisposant puisse être invoqué, à savoir : la distension parfois considérable de l'intestin et spécialement de l'anse sigmoïde. Cette distension peut déjà à elle seule déclencher un mouvement de torsion : c'est l'application de la loi de Klose « tout gonflement d'un organe amorce un mouvement de torsion ».

Aussi bien, prenant le terme de volvulus dans son sens le

plus large de torsion de l'intestin sur son axe nous sommes alors conduits à envisager deux types bien distincts de volvulus :

— Le volvulus vrai survenant chez des femmes à disposition anatomique favorable à la torsion, c'est-à-dire, ayant conservé une anse oméga de type infantile, longue et à méso long et rétracté.

— Les volvulus ou torsions souvent incomplètes d'une anse oméga distendue mais de longueur normale et sans lésions mésentériques concomitantes. Nombreuses sont, en effet, les observations de volvulus-dans lesquelles ne sont signalées ni l'existence d'un dolichocôlon ni celle de la maladie de VIRCHOW. Et pourtant, ce sont là deux lésions grossières, bien caractéristiques, passant difficilement inaperçues lors de l'intervention.

Il semble donc douteux qu'elles aient pu être passées sous silence dans les comptes rendus opératoires, que nous avons consultés.

Certains auteurs vont même plus loin, et se basant sur la conception pathogénique de CUNÉO, que nous examinerons ultérieurement, prétendent que ce serait plus souvent les anses courtes, reliées à la paroi par un méso court, qui tendraient à se tordre.

Et si nous englobons dans ce même chapitre des faits en apparence si disparates, c'est qu'à leur origine existe le même processus pathogénique, le même mécanisme déterminant. Mécanisme d'ailleurs en relation étroite avec la présence dans l'abdomen de l'utérus gravide et qui est celui qu'a décrit pour la première fois en 1913 le Professeur CUNÉO.

Ce mécanisme relève essentiellement de *la tension anormale, du fait du développement de l'utérus, du ligament infundibulo-colique gauche, ou ligament infundibulo-pelvien.*

Voici d'ailleurs le compte rendu opératoire du Professeur CUNÉO :

« Le point intéressant est que j'ai pu préciser que l'obstacle

siégeait à l'union du côlon pelvien et du côlon iliaque et l'on se rendait parfaitement compte que le rectum et la partie attenante du côlon pelvien étaient libres et le côlon pelvien, au contraire, dilaté.

A ce niveau existait une bride qui paraissait exercer une traction sur l'intestin et sur laquelle celui-ci semblait se couder. Je n'ai pu au cours de l'intervention préciser le siège et les insertions de cette bride. Mais ayant eu l'occasion d'examiner peu après plusieurs sujets, pour me faire une opinion sur cette disposition, je suis arrivé à la conclusion suivante : Il s'agissait probablement d'une formation normale : le ligament infundibulo-colique qui rattache le feuillet inférieur du mésocôlon pelvien à la face postérieure du ligament large, au niveau de la pénétration du pédicule ovarien. Il me paraît vraisemblable que, sous l'influence de l'ascension des annexes déterminée par l'augmentation de volume de l'utérus, ce ligament se tend et constitue une arête que doit forcément enjamber le côlon, non sans peine quelquefois, lorsqu'il y a fixation étendue du côlon iliaque au péritoine pariétal ».

Si nous ajoutons à cette description que, dans la plupart des cas, les auteurs ont noté une dextrotorsion parfois extrême de l'utérus gravide, nous pouvons donc conclure que c'est au niveau de ce ligament tendu à la fois par l'ascension et par la torsion de l'utérus que va se créer l'obstacle.

Mais cet obstacle est variable. Dans l'observation de LÉVY-KLOTZ et PINARD, il ne s'agissait que d'une simple coudure de l'intestin sur cette arête vive du ligament, mais coudure suffisamment accentuée pour entraîner une fermeture absolue de la lumière intestinale.

Cette coudure se produira avec d'autant plus de facilité que l'anse sigmoïde est reliée à la paroi par un méso court et empêchant ses déplacements. Mais que, sur cette coudure, viennent se briser les ondes péristaltiques intestinales, l'anse va lutter, se tordre, entraînant avec elle son mésentère et ses vaisseaux ; un certain degré de volvulus parfois même un volvulus complet va se trouver réalisé.

Si, au contraire, l'anse sigmoïde est longue, si son méso est long, elle peut être entraînée facilement par cette ascension du ligament infundibulo-pelvien, mais alourdie, distendue par la stase intestinale, elle va pouvoir basculer sur cette corde et se volvuler.

Tous les degrés vont donc se trouver réalisés, depuis la simple coudure à angle droit jusqu'à la torsion d'un tour complet et même plus. Un fait est frappant et vient corroborer cette manière de voir : c'est que dans beaucoup d'observations la torsion intestinale est infiniment moins serrée que dans les cas de volvulus survenant en dehors de la grossesse ; elle n'est en général que d'un demi-tour parfois même d'un quart de tour. Or, comme le fait remarquer MAROGER, entre la coudure à angle droit et la torsion d'un quart de tour, il n'y a qu'une différence de degré et non de nature.

Il convient donc d'englober sous cette appellation de volvulus à la fois l'iléus par coudure et l'iléus par torsion, l'un et l'autre n'étant que l'expression différente d'un même phénomène.

Et au fond, ces occlusions basses se ramènent aux occlusions par brides ; favorisées du fait du développement de l'utérus gravide et de ses déplacements.

Le rôle de ces brides apparaît ainsi particulièrement important dans la genèse des occlusions de la femme enceinte :

qu'il s'agisse de brides créées artificiellement par la grossesse aux dépens d'un ligament infundibulo-pelvien,

ou qu'il s'agisse de brides pathologiques post-opératoires ou inflammatoires, modifiées dans leur situation et dans leurs rapports avec l'intestin.

3° Les occlusions gravidiques vraies.

Nous touchons là un des chapitres les plus discutés de la question.

Ces occlusions, dues uniquement à la présence dans l'abdomen d'un utérus gravide, sans aucune autre intervention,

sans brides, sans adhérences, sans volvulus, existent-elles réellement ? En d'autres termes, un utérus gravide normal (nous éliminons ici l'état de grossesse compliquée de tumeur fibromateuse ou kystique), peut-il, par une simple compression de l'intestin contre le rebord saillant du détroit supérieur, entraîner une obstruction complète de la lumière intestinale ?

De tels faits ont été niés par certains auteurs et METZGER en particulier n'hésite pas à déclarer qu'il n'y a jamais d'occlusions intestinales du fait de la grossesse elle-même. « Si donc, dit-il, une femme enceinte fait de l'occlusion, il faut en chercher la cause ailleurs et ne pas croire à une simple exagération d'un phénomène quasi physiologique ».

Et pourtant à la lecture des observations que nous avons retrouvées, il semble bien que de tels iléus existent.

Les auteurs allemands en particulier qui ont eu l'occasion d'observer le plus grand nombre de cas sont à ce sujet affirmatifs. Pour eux, l'occlusion gravidique vraie existe indiscutablement : LEITNER dans sa statistique de 1925 en relève huit cas absolument certains ; MIKULICZ en 1926 y ajoute deux cas personnels et deux observations de LUDWIG et il conclut : « Nous avons trouvé jusqu'à présent 12 cas absolument certains d'iléus provoqués uniquement par la pression de l'utérus gravide et 8 autres cas dans lesquels l'iléus était dû vraisemblablement à ce même mécanisme.

Ces 12 cas se répartissent également sur les 7^e, 8^e et 9^e mois de la grossesse et lors de l'accouchement.

HALTER en 1932 en réunissait 26 cas.

L'occlusion siège toujours sur le sigmoïde et à l'endroit où celui-ci pénètre dans le petit bassin c'est-à-dire au niveau du détroit supérieur.

Il est difficile cependant d'admettre qu'un utérus gravide plastique, mou, dépressible, puisse quel que soit son volume comprimer un intestin également élastique mobile, au point d'y provoquer un arrêt complet des matières et des gaz.

Et pourtant au cours des interventions pratiquées dans de

tels cas, la limite entre la zone dilatée de l'intestin et la zone normale correspondait exactement au point de croisement du détroit supérieur.

Malgré tout, nous pensons avec MIKULICZ et STOECKEL qu'un 2° élément favorable est nécessaire : cet élément serait une lésion intestinale primitive et consisterait essentiellement en une atonie intestinale extrêmement marquée, exagération du phénomène quasi physiologique de la grossesse.

A l'élément mécanique pur, il conviendrait donc d'associer un trouble sérieux de la motilité intestinale, due soit à la toxémie gravidique, soit à un état spécial du système nerveux végétatif, trouble qui fait que l'intestin ne possède plus la force suffisante pour faire progresser les matières à travers la sténose même incomplète créée par la pression de l'utérus gravide.

C'est dans de tels cas d'ailleurs qu'existe souvent en même temps une atonie urétérale également très marquée et que l'on observe la coexistence : *iléus* et *pyélite*. La pyélite semble bien alors être secondaire à la stagnation des matières dans le gros intestin et à la pullulation des colibacilles sous l'influence de cette stagnation, ce qui faisait dire à STOECKEL : « La pyélite est une maladie de l'intestin ».

Nous reviendrons d'ailleurs sur ces faits.

En bref, il existe donc à l'origine de ces *iléus* gravidiques :

— Un facteur prédisposant indéniable : *L'atonie intestinale*.

— Un facteur déterminant : *la compression du sigmoïde par l'utérus gravide*, plus rarement par une tête fœtale fixée au détroit supérieur ou engagée dans l'excavation.

Cette compression ne serait donc, selon l'expression de MIKULICZ que « la dernière goutte qui fait déborder le vase ».

Une observation de RUPP, que nous rapportons par ailleurs est à ce sujet particulièrement démonstrative. Cet auteur émet d'ailleurs en faveur de ces occlusions purement gravidiques un autre argument : leur guérison rapide après évacuation de l'utérus ; cette évacuation étant suivie immédiatement d'émission de gaz et de selles.

Pour certains auteurs il existerait de telles occlusions gravidiques vraies dans le post-partum : la compression du sigmoïde étant alors assurée par l'utérus en voie d'involution. Cette hypothèse nous semble cependant discutable.

Là encore, et plus peut-être qu'au cours de la grossesse, l'existence du facteur intestinal que nous avons vu semble nécessaire à la création de l'iléus ; il faut qu'il existe une atonie intestinale sévère et ces cas nous semblent plutôt relever des occlusions paralytiques du post-partum sur lesquelles nous aurons à revenir et témoigner par conséquent d'une réaction péritonéale atténuée.

LES ILÉUS AVEC PYÉLITE.

Nous avons isolé dans un chapitre spécial ces formes d'iléus s'accompagnant de phénomènes pyélonéphritiques. Bien que s'apparentant de très près à ces occlusions gravidiques que nous venons de voir, elles posent en effet des problèmes pathogéniques un peu particuliers.

Y a-t-il simple coïncidence des deux affections chez la même malade ?

Existe-t-il un rapport de cause à effet entre elles, et si oui, quelle est la lésion initiale : l'iléus ou la pyélite ?

Certains auteurs : LUCHS et HILGENBERG en particulier, ont fait jouer à la pyélite le rôle primordial dans la genèse de ces occlusions ; l'un et l'autre rapportent des observations dont nous publions, d'autre part, la plus typique et dans lesquelles les manifestations urétérales ont précédé et, disent-ils, déterminé l'apparition des phénomènes occlusifs.

Pour expliquer cette succession des accidents, ces auteurs pensent que la pyélite, tout au moins dans ses formes graves, entraîne un processus d'inflammation rétro-péritonéale souvent très marqué, et que ce processus à son tour agirait sur la paroi intestinale, au même titre qu'une péritonite banale : il s'agirait donc d'occlusion paralytique.

Et ils donnent comme preuve de cette conception la disparition rapide des accidents après évacuation de l'utérus.

Cette opinion, a priori séduisante, ne nous paraît pas, toute-

fois correspondre à la réalité clinique : Si en effet cette inflammation rétro-péritonéale existait vraiment et entraînait des lésions de la paroi intestinale, il semble que ces phénomènes paralytiques devraient persister après extraction de l'enfant et laisser des traces par la suite. On conçoit mal en effet qu'une inflammation quelconque cède brusquement après évacuation de l'utérus.

C'est pourquoi, avec STOECKEL, nous pensons plus volontiers qu'il y a dans l'association iléus et pyélite deux manifestations simultanées d'un même état en rapport avec la gestation. Ce serait le déséquilibre profond qui existe entre le système sympathique et le système parasympathique, déséquilibre qui se manifeste aussi bien au niveau de l'intestin que de l'uretère.

C'est également l'avis de SEITZ qui voit lui aussi dans cette association une manifestation des troubles du système neuro-végétatif.

Peut-on invoquer également, comme le voudrait STOECKEL, une compression de l'uretère contre le détroit supérieur par l'utérus gravide. C'est possible mais cela ne nous semble pas plus suffisant à provoquer un trouble de l'évacuation urinaire qu'un trouble de l'évacuation intestinale.

Il faut comme nous l'avons vu pour l'intestin une cause première favorisante : cette cause nous la trouvons précisément dans ce trouble de la motricité, dans cette atonie de l'uretère et de l'intestin.

La compression par l'utérus ou par la tête fœtale n'apparaît donc que comme un facteur secondaire, mais cependant déterminant.

En résumé, il y a donc au début concomitance des deux phénomènes, mais secondairement apparaît un retentissement de l'un sur l'autre et c'est toujours l'atonie intestinale et à plus forte raison l'iléus quand il existe qui aggravent la pyélite en favorisant la pullulation et le passage des colibacilles dans la circulation, réalisant ainsi un véritable cercle vicieux.

4° Les occlusions paralytiques.

Nous avons vu l'importance de l'atonie intestinale au cours de la gestation. Cette atonie peut-elle être assez marquée pour réaliser un iléus complet, sans intervention de facteur déterminant ?

Nous ne le croyons pas et nous n'avons retrouvé qu'une seule observation publiée par TOURNEUX et LASSERRE dans laquelle les auteurs incriminent la paralysie intestinale comme unique facteur d'occlusion.

Mais à la lecture de leur observation il semble d'après les caractères et le siège de la dilatation intestinale constatée à l'intervention qu'il s'agissait plutôt d'une de ces occlusions gravidiques que nous venons d'étudier.

En fait, ces occlusions paralytiques apparaissent le plus souvent comme des occlusions secondaires : elles témoignent d'un processus péritonéal souvent atténué, mais indiscutable, et ne diffèrent donc en rien des occlusions paralytiques que l'on observe en dehors de la grossesse.

C'est pour cette raison également qu'elles s'observent avec un maximum de fréquence dans le post-partum, à la suite d'accouchements ayant nécessité des manœuvres obstétricales : forceps, version ou embryotomie.

Certes, comme le font remarquer BRINDEAU, METZGER et VAUDESCAL, il existe « une inhibition temporaire de la musculature intestinale consécutive au grand traumatisme abdominal que constitue l'accouchement et comparable à l'inhibition de la musculature vésicale qui cause la si fréquente parésie post-partum de la vessie ».

Il ne semble pas cependant que cette inhibition puisse aller jusqu'à réaliser un arrêt complet du transit intestinal.

En dehors de tout élément infectieux cette parésie est habituellement de courte durée et de bon pronostic. C'est une parésie réflexe, ayant pour point de départ le traumatisme que font subir à la masse intestinale les modifications profondes dues à l'accouchement ou aux interventions obstétricales faites par voie basse.

Aussi bien nous paraît-il nécessaire pour expliquer ces occlusions paralytiques du post-partum d'invoquer :

d'une part : le rôle d'un travail laborieux conditionné par l'état anatomique de la femme et particulièrement par les rétrécissements pelviens (BRINDEAU) ;

d'autre part : l'influence d'une infection puerpérale à détermination péritonéale.

Pour DUCUING, il y aurait à l'origine de cette réaction péritonéale une phlébite du ligament large avec diffusion de l'infection au péritoine en contact.

DE LEE pense que la paralysie peut apparaître à la suite d'un massage trop énergique de l'intestin par l'utérus et que dans quelques cas on peut incriminer soit une rupfure passée inaperçue de l'utérus, soit une déchirure intestinale avec début de péritonite.

Ce rôle de l'infection péritonéale est également admis par de GUTCHENEERE, mais étant donné la fréquence relative de celle-ci et la rareté d'autre part de l'occlusion paralytique, il pense qu'il faut faire intervenir une question de terrain et dans un cas personnel, il incrimine l'hystérie.

Quoiqu'il en soit, ces occlusions paralytiques témoignent donc 9 fois sur 10 d'une réaction péritonéale post-partum. Leur pathogénie ne diffère donc pas de celle qu'avaient décrite SCHWARTZ et QUÉNU pour l'occlusion paralytique banale.

Parmi les causes invoquées par ces derniers auteurs, nous retiendrons que celles s'appliquant à notre sujet c'est-à-dire :

1° Irritation de la surface péritonéale par l'infection, créant un réflexe médullaire d'excitation sur le splanchnique ou d'inhibition sur le pneumogastrique.

2° Action directe des toxines sur les éléments nerveux de la musculature intestinale.

3° Loi de Stokes : Un muscle sous-jacent à une séreuse enflammée se paralyse.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Les lésions anatomiques de l'occlusion intestinale d'origine puerpérale ne diffèrent guère de ce que l'on observe en dehors de la grossesse.

Les lésions caractéristiques portent sur le segment intestinal sus-jacent à l'obstacle : celui-ci est distendu. Cette dilatation intestinale peut être considérable ; elle porte d'abord sur des anses immédiatement sus-jacentes à l'obstacle puis s'étend à tout l'intestin en amont de l'obstruction.

Pendant la gestation il n'est pas rare de noter, même en dehors de tout phénomène occlusif une distension parfois considérable de l'ensemble de la masse intestinale, distension liée à la parésie intestinale à la stase fécale et à la fermentation qui en résulte. Il s'ensuit que le diamètre de l'anse sus-jacente à l'obstacle va pouvoir atteindre des dimensions considérables, que les parois de cette anse vont se trouver considérablement amincies et fragiles.

Par ailleurs contre cet obstacle, quel qu'il soit, l'intestin lutte, cherchant à le forcer grâce à des contractions plus ou moins étendues et énergiques, se traduisant par un péristaltisme local.

Pendant la gestation, cette atonie intestinale, sur laquelle nous avons déjà insisté, va rendre cette phase de lutte particulièrement courte, voire même dans quelques cas inexistante. La fibre musculaire se paralyse rapidement, l'anse sus-jacente reste donc dilatée mais absolument inerte « en état de véritable asystolie intestinale ».

— Les lésions proprement dites de l'anse au niveau de l'obstacle sont différentes selon qu'il s'agit :

— d'iléus par striction ou strangulation (volvulus, étranglement) intéressant à la fois l'intestin et ses vaisseaux ;

— d'iléus par obstruction (coudure à angle droit, compression par utérus gravide) n'intéressant que la lumière intestinale.

L'iléus par striction ou par étranglement compromet la vitalité de l'anse par les troubles circulatoires qu'il entraîne. Un fait est frappant, lorsque ces étranglements surviennent au cours de la puerpéralité et de nombreux auteurs y ont déjà insisté : c'est la fréquence et la précocité de la gangrène intestinale.

« Cette rapidité du sphacèle, dit MAROGER, déjà très grande dans tous les étranglements intestinaux paraît véritablement foudroyante dans cette variété d'occlusion intestinale ».

Doit-on accuser de ce fait l'état de gravidité ?

Plusieurs causes concourent en réalité à accélérer ce processus de nécrose et en premier lieu il faut incriminer le retard qu'apporte souvent à l'établissement du diagnostic l'état de grossesse. On intervient ainsi à une phase avancée de l'évolution de l'iléus.

Mais d'autre part l'augmentation de volume de l'utérus entraîne une exagération de la circulation sanguine et lymphatique dirigée dans les vaisseaux utérins. Il est logique d'admettre dès lors, que par contre coup, les autres organes pelviens et spécialement le sigmoïde subissent un ralentissement circulatoire, une anémie relative, qui pourraient expliquer ce développement rapide de la gangrène intestinale (MAROGER).

L'iléus par obstruction au contraire respecte l'intégrité du système vasculo-nerveux et par suite ne compromet pas ou seulement très tardivement la vitalité de l'anse intestinale occluse. Et ce, d'autant plus qu'au cours de la grossesse, comme nous le verrons, de tels iléus peuvent être réalisés par de simples coudures ou par la simple compression de l'intestin par le corps de l'utérus, lésions qui à elles seules sont incapables de provoquer de gros troubles circulatoires.

Ces coudures ou ces compressions ne réaliseront d'iléus qu'autant qu'il existe une autre cause surajoutée : cette cause est justement cette atonie intestinale, si marquée chez certaines parturientes. Là encore la lésion anatomique dominante sera l'énorme distension de l'intestin.

Ce n'est que tardivement que cette distension exerçant une pression excentrique sur la paroi intestinale y entraînera de la stase veineuse et secondairement de la nécrose. Ces foyers de nécrose siègent d'ailleurs à des niveaux variables : ils sont parfois très éloignés de la zone obstruée.

Les lésions associées du péritoine sont constantes. Aux premières heures de l'occlusion, surtout en cas de strangulation, il se produit une exsudation de sérosité hémorragique analogue à l'épanchement du sac d'une hernie étranglée. Cette sérosité est au début aseptique, mais chez la femme enceinte la vascularisation intense des organes abdominaux et du péritoine, favorisant la résorption péritonéale d'une part, la prolifération et l'augmentation de virulence des colibacilles d'autre part, vont accélérer l'apparition de l'infection et de la péritonite.

C'est un des caractères évolutifs les plus nets de ces occlusions puerpérales que cette production rapide des phénomènes péritonéaux extrêmement graves.

A ces accidents infectieux vont se surajouter précocement des accidents toxiques : ils sont dus à l'hypertoxicité du liquide de stase qui s'accumule au-dessus de l'obstacle.

Et ceci nous explique la rapidité d'évolution et la gravité de ces iléus au cours de la grossesse. Le pronostic en est extrêmement sombre, puisque la mort survient dans 35 à 40 % des cas.

Cette évolution mortelle semble liée à la fois à l'évolution de ces accidents infectieux et de ces accidents toxiques. Certes, les données physio-pathologiques récentes ne font jouer à ces deux éléments qu'un rôle secondaire dans la genèse des accidents graves de l'occlusion intestinale en dehors de la gros-

sesse, et l'on tend actuellement à considérer comme causes ordinaires de la gravité de l'occlusion, deux phénomènes mis en évidence par GOSSET, BINET et PETIT-DUTAILLIS :

— *l'anhydrémie et l'hypochlorurémie.*

Or, chez la femme enceinte la quantité d'eau est manifestement augmentée, le taux des chlorures également. Il semblerait donc logique que l'évolution soit chez elle moins rapide qu'à l'ordinaire. Il n'en est pas ainsi.

Aussi pensons-nous que la mort au cours de l'occlusion puerpérale est principalement le fait :

Soit de phénomènes péritonéaux graves, avec hyperthermie;

Soit d'un choc toxique consécutif à l'intervention et à la levée de l'obstacle, par suite de l'irruption brutale du liquide de stase particulièrement toxique, au niveau de l'anse intestinale sous-jacente, ayant conservé intact son pouvoir d'absorption.

ETUDE CLINIQUE

Il existe, chez la femme enceinte, un syndrome occlusif qui présente ses modalités cliniques habituelles et dont nous ne reprendrons pas l'étude détaillée.

Mais un fait est à retenir d'emblée : c'est, sur ce terrain puerpéral, *la fréquente indigence de la symptomatologie au début* à la phase mécanique, quand c'est justement le moment d'intervenir et surtout la précoce gravité de l'intoxication stercorémique qui survient ici à bas bruit, plus tôt que dans n'importe quelle autre forme d'occlusion.

— Nous allons donc retrouver ici ces deux éléments qui caractérisent l'occlusion au cours de la puerpéralité :

- la difficulté d'interprétation des symptômes ;
- et la gravité du pronostic.

Et cela d'autant plus que la grossesse est plus avancée, car si la symptomatologie fonctionnelle est souvent fruste, même au début de la gestation, les renseignements fournis par l'examen seront d'autant plus imprécis que l'utérus gravide gênera l'exploration abdominale.

C'est pourquoi nous décrirons successivement :

- 1° Le syndrome occlusif de la grossesse.
- 2° Les occlusions survenant pendant la première moitié de la grossesse.
- 3° Les occlusions survenant pendant la seconde moitié de la grossesse.
- 4° Enfin, dans un chapitre spécial les occlusions du post-partum qui sont les plus fréquentes.

Le syndrome occlusif pendant la grossesse

Il est difficile de décrire une symptomatologie uniforme, un syndrome occlusif commun, qui s'applique aux diverses formes d'occlusion puerpérale.

Le tableau clinique est en effet différent :

- suivant la portion intestinale intéressée,
- suivant le degré de la compression ou de la striction,
- suivant l'altération plus ou moins rapide de la paroi intestinale et l'association de lésions mésentériques,
- enfin et surtout suivant l'âge de la grossesse.

L'on peut cependant retrouver les symptômes cardinaux de l'occlusion mais ceux-ci sont souvent estompés et imprécis. Par ailleurs ces symptômes peuvent s'observer en dehors de toute obstruction intestinale, au cours de l'évolution d'une grossesse même normale ou au cours du travail.

Les difficultés cliniques vont donc se trouver réalisées au maximum. « Le diagnostic de l'occlusion intestinale est encore plus difficile pour l'accoucheur que pour le chirurgien » (LEPAGE).

Le début de l'iléus pendant la grossesse se comporte comme en dehors de cet état.

Il est tantôt brusque, tantôt lent et progressif, avec ou sans prodromes, ceux-ci se résumant le plus souvent à une longue phase de constipation rebelle à toute thérapeutique.

— Le phénomène initial est tantôt *cette constipation opiniâtre* avec ses conséquences habituelles, tantôt *la douleur*, tantôt les *vomissements*.

a) La douleur comme symptôme initial tout au moins, semble moins fréquente qu'on ne le pense. GAUCHERY ne la note à ce titre que dans 28 % des cas.

Par sa violence, sa fixité, son caractère de colique, elle a quelquefois une valeur diagnostique de premier ordre, mais il s'en faut de beaucoup qu'elle revête toujours cette forme de crise à localisation bien nette.

Il est des cas où tout se réduit à quelques coliques vagues,

intermittentes, qui se localisent en une région de l'abdomen, parfois même à un simple endolorissement de tout le ventre.

Nous verrons qu'à une période avancée de la grossesse elle peut faire croire à un début de travail, lorsque la femme est prise brusquement de douleurs abdominales violentes. Erreur grave, que l'apparition ultérieure de nausées, de vomissements, de ballonnement abdominal viendra redresser, mais parfois trop tard.

On ne retrouve pas, en somme, dans l'analyse de ce syndrome douloureux, d'éléments bien utiles au diagnostic, à quelques exceptions près.

— *b)* La valeur diagnostique des vomissements n'est pas non plus absolue ; ils constituent souvent un symptôme banal au cours de la grossesse.

Quant au vomissement fécaloïde, qui témoignerait à coup sûr de l'existence de l'occlusion, outre qu'il est très inconstant, son apparition, lorsqu'il existe est trop tardive pour avoir une importance quelconque.

— *c)* L'élément primordial de ce syndrome reste donc : l'arrêt absolu des matières et surtout des gaz. L'arrêt des matières n'est pas toujours facile à mettre en évidence chez ces femmes dont beaucoup présentent depuis le début de leur grossesse une constipation opiniâtre, avec des selles espacées et parfois très pénibles.

L'arrêt des gaz a par contre une valeur diagnostique de premier plan. Il faudra le rechercher avec soin, par un interrogatoire soigneux. De tous les éléments de ce syndrome occlusif, il apparaît comme le seul ayant vraiment une valeur réelle et dont on puisse tenir compte à coup sûr.

Les signes locaux complètent ce tableau clinique. Ils sont fournis par les procédés ordinaires de l'exploration de l'abdomen, par le toucher rectal et vaginal.

Mais la présence de l'utérus gravide gêne considérablement leur recherche. Elle augmente en effet le météorisme et surtout rend imprécise et souvent impossible la constatation d'un symptôme de la plus haute importance : la dilatation intestinale localisée à l'anse immédiatement sus-jacente à l'obsta-

cle, qui traduit l'accumulation à ce niveau des gaz et des liquides.

Ces phénomènes de météorisme localisé avec péristaltisme spontané ou provoqué qui, dans l'occlusion banale ont une importance séméiologique de premier plan comme symptôme de début, ne peuvent ici être recherchés et constatés avec toute la précision désirable. Bien souvent tout se borne à la constatation d'un météorisme plus ou moins généralisé, sans localisation précise, à la perception d'une zone un peu douloureuse ou simplement sensible, au niveau de laquelle la percussion révélera une sonorité exagérée.

Arrêt des gaz, météorisme abdominal, dans certains cas péristaltisme, tels sont les éléments de ce syndrome qui apparaissent les plus constants. Les autres éléments en sont estompés, difficiles à percevoir. Bien souvent ce sont des nuances cliniques qui feront poser le diagnostic. Celui-ci apparaît donc comme particulièrement délicat.

Les occlusions de la première moitié de la grossesse

Ces occlusions des quatre premiers mois constituent au cours de la puerpéralité l'infime minorité : 21 observations seulement sur 143 colligées par BOHLER.

D'autre part, l'utérus n'ayant pas encore accompli son évolution abdominale, modifie peu le tableau clinique, et ne gêne guère l'examen ni l'intervention. Ces occlusions ne paraissent pas de ce fait présenter de caractères bien particuliers.

— Ce sont celles que nous avons appelé : « *Occlusions accidentelles de la grossesse* », correspondant aux occlusions extragravidiques de GAUCHERY. Elles répondent donc aux occlusions par brides ou adhérences, par étranglement interne, bref, à toutes les causes banales d'occlusions en dehors de la grossesse, exception faite toutefois pour les hernies étranglées.

— Il nous faut faire cependant une place à part à un accident exceptionnel de ces premiers mois : l'occlusion *par rétro-*

flexion incarceration de l'utérus gravide. Nous n'en avons retrouvé depuis 1926 que 3 observations étrangères (RUPP, JACOBY, SMITH).

L'apparition du syndrome occlusif est en général brutale. Le premier symptôme en est une douleur déchirante, souvent atroce, siégeant en un point quelconque de l'abdomen et presque aussitôt apparaît un état nauséeux, des vomissements alimentaires, puis bilieux.

L'abdomen qui reste plat pendant les premières heures, se ballonne, en une zone localisée d'abord, puis la dilatation intestinale progresse et se généralise. L'arrêt des gaz est absolu.

— L'état général reste bien conservé.

— L'examen permet de constater la dilatation intestinale plus ou moins nettement localisée : dilatation péri-ombilicale avec aplatissement des flancs, de l'occlusion du grêle, dilatation en cadre, de l'occlusion colique. Il appréciera par ailleurs le degré et le siège du péristaltisme.

— Le toucher rectal et le toucher vaginal, prennent ici une importance particulière. Ce sont eux qui, dans ces cas de rétroflexion incarceration, comprimant l'intestin, permettront de préciser la cause de l'occlusion.

Dans l'ensemble, donc, l'occlusion apparaît pendant cette première moitié de la gestation, comme un accident banal, qui ne comporte pas de particularités, du fait de la grossesse. Le diagnostic en est facile.

Les occlusions de la seconde moitié de la grossesse

Elles constituent véritablement les occlusions puerpérales par leur fréquence (97 cas sur 143) par la difficulté de leur diagnostic et de leur traitement.

Elles comprennent des occlusions accidentelles : coudures, ou étranglements de l'intestin sur une bride ancienne, mais surtout les volvulus du côlon pelvien et les occlusions gravidiques vraies sur lesquelles nous avons déjà longuement insisté.

Leur symptomatologie est souvent incomplète, les signes lorsqu'ils existent sont discrets, masqués, imprécis. Du point de vue physique la présence de l'utérus volumineux gêne considérablement l'examen. L'existence fréquente d'une longue phase de constipation antérieure peut faire retarder le diagnostic et partant l'heure de l'intervention. Autant d'éléments qui expliquent la gravité de ces iléus tardifs.

1° Il est possible dans certains cas que le tableau clinique soit suffisamment évocateur pour imposer le diagnostic.

Le syndrome occlusif est apparu brusquement au complet.

La douleur siège en un point bien précis, revêt le type de coliques intermittentes. L'arrêt de matières et des gaz est manifeste et absolu.

Et à l'examen, la perception de ce signe de grande valeur qu'est le péristaltisme intestinal, visible au niveau d'une anse manifestement distendue et faisant saillie sous la paroi, complètera cet ensemble clinique.

Le problème ne comporte guère plus de difficultés qu'en dehors de la grossesse. Nous ne nous y arrêterons donc pas.

2° Dans la majorité des cas il n'en est pas ainsi.

Du fait de la grossesse, on a noté une parésie intestinale, une constipation opiniâtre; dans quelques cas même, cet état quasi-physiologique chez la femme enceinte s'est accentué et a pu réaliser de véritables crises du sub-occlusion, ayant cédé au traitement médical.

Vers la fin de la grossesse une crise semblable survient, à laquelle on n'attache pas d'autre importance parce que les crises antérieures ont disparu facilement. Cet état s'éternise et pendant huit parfois quinze jours et plus on ne note rien d'autre que cet arrêt des matières.

L'état général est bien conservé. Le pouls est bon. Bref rien de particulièrement inquiétant, jusqu'à ce que, après cette phase prémonitoire apparaissent des douleurs, des vomissements ou un simple état nauséux.

Alors rapidement l'état général commence à s'altérer. Le facies se tire, le pouls s'accélère, devient hypotendu et parfois en quelques heures la femme est moribonde.

C'est là un mode de début particulièrement fréquent. Dans 40 % des cas réunis par GAUCHERY, une constipation opiniâtre a été pendant quelques jours le seul symptôme.

Il est exceptionnel que la diarrhée remplace cette constipation. Dans deux observations cependant (GALADIN, CARTHY) on nota aux 5^e et 6^e mois d'une grossesse une diarrhée rebelle qui disparut subitement en même temps que les signes habituels d'occlusion faisaient leur apparition. Dans les deux cas il s'agissait d'occlusion haute de l'intestin grêle.

Quelquefois, les vomissements sont les premiers signes en date.

Là encore, pendant la grossesse, rien de bien inquiétant : on attribue ces accidents à la gravidité et l'on temporise.

« Les vomissements, dit LARDENNOIS, phénomènes habituels au cours de la grossesse, peuvent se présenter avec une fréquence et une abondance particulière en dehors de tout accident intestinal sérieux. C'est-à-dire que les vomissements symptomatiques de l'occlusion n'attireront pas toujours nécessairement l'attention, du moins au début. D'abord l'occlusion produit la gêne nauséuse puis le rejet des aliments ingérés. Ensuite l'estomac continuant à se contracter violemment, expulse le mucus qu'il sécrète, vomissements aqueux. Puis le pylore se laisse forcer, c'est le contenu du duodénum qui constitue le vomissement, c'est le vomissement bilieux. Jusque là c'est la manifestation d'un trouble du transit, mais il n'y a rien qui soit caractéristique de l'occlusion ; un état spasmodique, migraineux, passager et sans gravité peut comporter ces trois variétés de vomissements alimentaires, muqueux et bilieux. Mais ce qui est spécial à l'occlusion c'est le rejet d'un liquide rosâtre, fécaloïde. Il témoigne d'un antipéristaltisme violent de l'intestin grêle. L'expulsion de ce liquide spécial est une confirmation du diagnostic qui implique une décision rapide ».

Mais ce vomissement fécaloïde est tardif, souvent absent et tout particulièrement dans les occlusions basses. Or, ce sont le plus souvent de ces occlusions du sigmoïde que l'on observe au cours de la puerpéralité. C'est dire, que, pratiquement, on

ne pourra guère s'appuyer sur la constatation de ce symptôme.

Dans une de nos observations l'apparition de tels vomissements fut surtout un des signes précoces : il s'agissait d'une invagination haute de l'intestin grêle chez une femme enceinte de 7 mois, donc d'une occlusion haute.

Par contre dans un grand nombre de cas, en particulier lorsqu'il s'agit de volvulus du côlon pelvien, le vomissement est absent.

La douleur est assez souvent le premier symptôme.

Là encore, ses modalités sont trop variables selon les cas pour qu'elle ait une valeur formelle.

Sa localisation, son caractère initial peuvent parfois orienter le diagnostic :

— une douleur lombaire donnant une sensation d'arrachement serait plus particulière au volvulus. Pour LARDENNOIS cette douleur du méso est précoce et intense en cas de volvulus de l'intestin grêle, progressive et continue en cas de volvulus du sigmoïde ;

— une localisation iliaque gauche serait également en faveur de ce volvulus du sigmoïde ;

— mais souvent la douleur n'a pas de localisation précise. Parfois, même elle a une localisation trompeuse iliaque droite, voire même épigastrique.

L'allure de ces douleurs n'a rien non plus de bien caractéristique : on ne retrouve pas toujours ces crises paroxystiques, atrocement douloureuses que l'on est habitué à voir dans les étranglements intestinaux. Au contraire elles affectent souvent une allure presque continue, comme si les réactions douloureuses étaient émoussées sur ce côlon habitué à souffrir depuis longtemps par d'anciennes lésions et de fréquentes crises d'obstruction.

D'autre part, à l'époque où l'on est appelé à voir la malade, la douleur n'a généralement plus de siège précis ; elle a diffusé à tout l'abdomen, sans qu'il soit possible de déterminer une région particulièrement sensible.

Tels sont ces trois signes fonctionnels cardinaux de l'occlusion : arrêt des matières et des gaz, douleurs, vomissements. Il s'en faut de beaucoup qu'au cours de la grossesse on les rencontre tous avec netteté. Même isolés et ils doivent attirer l'attention et inciter à une surveillance active et continue.

A ce moment l'état général peut être bien conservé, mais il n'est pas rare de noter d'une façon précoce des signes d'intoxication de l'organisme : tantôt un peu de dépression et d'anxiété, tantôt un profond malaise avec modifications du pouls.

Ce sont en effet ces modifications profondes et rapides de l'état général qui vont caractériser la période dite d'état de l'occlusion gravidique.

A cette époque, tous les signes se sont accusés. Si l'on a pu hésiter au début des accidents, le doute, n'est maintenant plus permis.

L'arrêt des matières et des gaz est constant dans quelques cas d'ailleurs fort rares, soit spontanément, soit à la suite d'un traitement médical, quelques matières peuvent être expulsées : dans un cas de POLLOSSON, une émission abondante suivit l'administration d'un grand lavement huileux, mais le soulagement ne fut que momentané ; il convient donc de se méfier de ces évacuations trompeuses et de continuer une surveillance attentive.

Les vomissements peuvent encore manquer s'il s'agit d'une occlusion basse. Cependant un état nauséux, permanent existe souvent à cette période.

La douleur est habituellement généralisée à cette phase, mais moins généralisée toutefois qu'en cas de péritonite. Il est quelquefois possible de décélérer une zone de douleurs maxima. Parfois même cette douleur s'est considérablement atténuée et persiste sous forme d'un simple endolorissement de tout l'abdomen.

Mais surtout l'état général est de plus en plus altéré. Cette aggravation liée à l'intoxication stercorémique est indiscutablement plus rapide chez la femme enceinte qu'en dehors de la grossesse et cela du fait de la vascularisation gravidique des

organes abdominaux et du péritoine. Cette hypervascularisation favorise l'accroissement du pouvoir de résorption péritonéale et expliquerait ainsi l'intoxication plus rapide de l'organisme.

Il n'est pas rare de rencontrer les éléments du syndrome péritonéal : facies terreux, traits tirés, yeux excavés, sueurs froides, langue sèche, cyanose des extrémités.

La température reste normale ou même devient subnormale, mais cette hypothermie n'est pas constante et MOIROUD insiste sur la fréquence d'un syndrome abdominal avec hyperthermie qui serait assez particulier à la gestation. Cette forme hyperthermique s'accompagnerait quelquefois d'une zone de défense et d'hyperesthésie localisée qui témoignerait probablement d'une réaction péritonéale atténuée.

Le pouls s'accélère considérablement, devient hypotendu, irrégulier.

La tension artérielle s'effondre.

La dyspnée s'installe, elle est particulièrement marquée chez la femme près du terme ; la voix s'éteint.

L'imprécision, quelquefois la pauvreté du syndrome fonctionnel rendent particulièrement important l'examen de l'abdomen : mais là encore il s'en faut de beaucoup que celui-ci soit concluant.

L'abdomen apparaît ballonné, parfois extrêmement, plus volumineux que ne le comporte l'âge de la grossesse. D'ailleurs la présence de l'utérus gravide gêne considérablement l'examen : elle dissimule un météorisme peu accentué et fausse aussi bien l'observation du péristaltisme que les données plus accessoires de la palpation et de la percussion.

On s'attachera toutefois à trouver une zone plus particulièrement douloureuse au niveau d'une fosse iliaque. On tentera d'apprécier une région plus particulièrement distendue :

— saillie médiane au-dessus de l'utérus, en rapport avec une occlusion siégeant sur l'intestin grêle,

— saillie du cadre colique, ou seulement d'une anse iliaque

gauche remontant vers le diaphragme ou vers l'hypochondre droit.

Il s'en faut de beaucoup que ces renseignements fournis par l'inspection soient toujours présents et toujours exacts, car pour peu que l'utérus soit un peu volumineux il vient brouiller la morphologie de l'intestin distendu.

Il en est de même de la perception de ce signe de grande valeur qu'est la constatation d'ondes péristaltiques visibles sous la paroi : les anses intestinales refoulées échappent à l'examen et d'autre part, plus encore qu'en dehors de la grossesse ces contractions violentes et intermittentes de l'intestin luttant contre l'obstacle disparaissent rapidement, si tant est qu'elles ont pu exister à un moment quelconque au niveau de cet intestin déjà profondément troublé dans sa motricité.

Nous trouvons cependant signalée leur existence dans plusieurs observations de volvulus du côlon pelvien (MATRY, BAZET) : il s'agit alors de volvulus vrais survenant sur un intestin prédisposé à la torsion (anse longue, méso long et rétracté).

La percussion tentera de préciser l'existence d'une dilatation cæcale qui affirmerait l'occlusion du gros intestin. La stase iléo-cæcale si fréquente pendant la puerpéralité risque ici encore de fausser la symptomatologie et le plus souvent on ne trouve rien d'autre qu'un météorisme généralisé à toute la zone abdominale que n'emplit pas l'utérus gravide.

Il arrive même parfois que ce météorisme soit entièrement généralisé, au point que dans quelques observations l'utérus lui-même n'était plus perçu et que les auteurs se sont demandés s'ils avaient vraiment à faire à une gestation.

Au niveau donc de ce très gros abdomen souple, douloureux, sonore quels renseignements plus précis peut donner la palpation ?

« Parfois, dit LARDENNOIS, vous pourrez reconnaître dans l'abdomen la présence d'une anse distendue, clapotante, inerte, mate. C'est l'anse sus-jacente à l'obstacle qui se manifeste à vous. Si déjà elle ne se contracte plus aux mouvements péristaltiques, c'est l'indication d'un péril imminent. Cette anse inerte s'est épuisée et commence à se paralyser ».

C'est malheureusement là une éventualité sur laquelle on ne peut toujours compter ; trop souvent la palpation profonde est impossible du fait du météorisme et de la masse utérine. Tout au plus peut-elle permettre de décéler une zone un peu plus sensible et plus douloureuse qui permettrait de suspecter telle forme d'occlusion plutôt qu'une autre.

Mais au reste, il ne faut pas s'attarder à de telles recherches et laisser passer l'heure opératoire : ce diagnostic étiologique n'a ici comme nous le verrons, qu'une valeur secondaire. Ce qu'il faut avant tout c'est intervenir à temps dès que le diagnostic d'occlusion intestinale est posé. L'intervention le complètera.

Peut-être cependant, quelques renseignements complémentaires seront utiles. Ils vont nous être fournis :

- par l'interrogatoire de la femme,
- par l'examen radiologique.

L'*interrogatoire* s'attachera à préciser l'existence d'un passé génital ancien : processus salpingien ayant nécessité ou non une intervention, mais surtout à rechercher les antécédents intestinaux de la femme : long passé de constipation avec poussées d'obstruction ou de sub-occlusion, l'apparition de ces poussées au cours de grossesses antérieures ; leur durée et leur mode de terminaison ; autant d'éléments qui réunis, vont permettre de suspecter l'existence d'un dolichocôlon ancien.

En ce qui concerne les accidents actuels on étudiera avec soin leur mode de début brutal ou progressif, leur coexistence avec des accidents plus ou moins accentués et plus ou moins récents de pyélonéphrite.

Et ainsi le diagnostic pourra, dans une faible mesure, être orienté vers la notion d'étranglement par brides, vers la possibilité d'un volvulus ou d'une de ces occlusions gravidiques dont on sait qu'elle s'accompagne volontiers de phénomènes urinaires.

— Quant à l'*examen radiologique*, il sera pratiqué dans tous les cas où cela sera possible. Nous verrons, dans un chapitre spécial les renseignements qu'il peut fournir et leur valeur.

Les occlusions du post-partum

En dehors des dilatations aiguës de l'estomac que nous n'étudierons pas ici, elles comprennent :

1° Les occlusions qui se sont produites pendant le travail et lors de l'accouchement et qui ne se manifestent vraiment qu'après cet accouchement. Tout syndrome occlusif survenant pendant le travail a en effet toutes les chances d'être méconnu et il l'est le plus souvent.

Au premier rang de ces occlusions il convient de citer les occlusions par coudure intestinale, le plus souvent du côlon pelvien soit qu'il s'agisse de coudure simple, soit de coudure avec degré plus ou moins marqué de torsion, soit enfin de véritables volvulus (observation de DEVRAIGNE et MAYER).

De tels iléus surviennent comme nous l'avons vu à la faveur de la brusque déplétion abdominale qui suit l'accouchement et qui, bouleversant l'équilibre des anses intestinales qui se trouvent ainsi entraînées vers le bassin peut les faire se couder ou se tordre soit au niveau du ligament infundibulo pelvien soit au niveau d'une bride péritonéale quelconque.

2° Les occlusions paralytiques du post-partum, de beaucoup les plus fréquentes et les plus graves :

qu'il s'agisse d'occlusions par réaction péritonéale,

ou, ce qui nous paraît peu vraisemblable, d'occlusions paralytiques réflexes.

3° Quant aux occlusions post-opératoires, après opération césarienne, le plus souvent celles-ci ne diffèrent en rien des occlusions post-opératoires banales et se rapprochent des occlusions par réaction péritonéale. Nous n'y insisterons donc pas particulièrement.

Le tableau clinique dans tous les cas est identique.

Assez souvent l'accouchement a été laborieux, a nécessité des

manœuvres ostétricales par voie basse : application de forceps, version, embryotomie.

Le premier signe qui attire l'attention est la constipation. C'est assez dire que là encore son interprétation sera particulièrement difficile; l'on sait, en effet, la grande fréquence de la parésie intestinale consécutive à l'accouchement.

Cette constipation opiniâtre n'aura donc de valeur que si elle persiste après les premières heures qui suivent l'accouchement et surtout si elle s'accompagne d'un arrêt des gaz.

Assez rapidement d'ailleurs d'autres symptômes vont apparaître, pas toujours très nets :

Des douleurs vagues, diffuses, mal localisées, à ne pas confondre avec les douleurs des tranchées. Elles font d'ailleurs assez souvent défaut et tout se borne à un simple endolorissement de l'abdomen ce qui, à quelques heures d'un traumatisme obstétrical important, ne saurait inquiéter.

Les vomissements peuvent manquer également. Lorsqu'ils existent ils sont alimentaires ou bilieux, sans caractère particulier. Bien souvent on ne note qu'un état nauséux permanent.

Et en fait, le principal symptôme de ces occlusions du post-partum, mais d'apparition assez souvent tardive, est le météorisme abdominal.

Après l'affaissement consécutif à l'expulsion de l'enfant, l'abdomen ne reste que peu de temps plat et dépressible. Il augmente bientôt et progressivement de volume.

Parfois, c'est un ballonnement asymétrique plus marqué au niveau de l'épigastre, d'un hypocondre ou d'une fosse iliaque, souvent il est généralisé à tout l'abdomen. Quoi qu'il en soit, il prend rapidement des proportions considérables.

La percussion révèle un tympanisme important de toute cette zone distendue.

La palpation ne met pas en évidence de défense musculaire, mais une tension, une résistance uniforme et élastique de toute la paroi abdominale. L'abdomen résiste beaucoup plus par la poussée de son contenu que par la contraction de sa paroi.

En somme : abdomen météorisé, considérablement distendu, sonore, douloureux et relativement souple, influencé uniformément par les mouvements respiratoires au niveau duquel on note l'absence complète de péristaltisme. Aucune anse ne se dessine sous la paroi, aucun mouvement de reptation ne s'ébauche, aucun bruit musical n'est perçu.

L'état général est peu touché, au début on ne note habituellement qu'un léger mouvement fébrile à 38°, 38°5, Le pouls accéléré reste bien frappé et régulier.

Mais rapidement, si l'évacuation intestinale ne se produit pas, sous l'influence soit d'un simple traitement médical, soit du traitement chirurgical on assiste à une altération grave de l'état général avec des signes d'intoxication profonde. Le pronostic devient alors particulièrement sévère.

— Un état péritonéal toxi-infectieux va s'installer, dont l'évolution sera rapide. La température s'élève, le pouls devient irrégulier, hypotendu. La tension artérielle s'effondre, le météorisme prend des proportions considérables et la mort survient, souvent malgré l'intervention, toujours si l'on n'intervient pas, dans un état de collapsus progressif.

ETUDE RADIOLOGIQUE

L'examen radiologique extemporané et sans préparation est susceptible de donner quelques renseignements parfois importants, pour le diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë, même pendant la grossesse. Mais ces résultats doivent être le fait d'examens inoffensifs, exécutés sans retard, dans de bonnes conditions techniques.

L'étude radiologique des occlusions intestinales en dehors de la grossesse a fait l'objet au début de 1935 d'une importante discussion à la Société Nationale de Chirurgie, discussion à laquelle prirent part : MM. MOULONGUET, LARDENNOIS, MONDOR, PORCHER et GOSSET. C'est des communications de ces différents auteurs que nous nous sommes inspirés pour une large part.

— Premier point : La méthode doit être inoffensive, et c'est ce souci légitime, qui a fait prôner d'une manière exclusive par certains auteurs, la pratique de la radiographie simple sans préparation. Il est logique en effet de penser, que cet examen est de tous, le moins offensant pour un intestin qui, nous l'avons vu, peut être déjà, du fait de la gravidité fortement modifié et dans sa position et dans son fonctionnement.

Disons d'emblée que cette méthode simple peut donner dans quelques cas heureux des renseignements suffisants.

Mais cette crainte d'altération nouvelle de l'intestin par l'utilisation de solutions de contraste pour respectable qu'elle soit ne doit pas cependant faire priver la femme du bénéfice incontestable qu'apporte souvent le lavement opaque.

L'objection la plus pertinente que soulève cette manière de faire est, qu'il est probable, que le cheminement de ces index opaques jusqu'à l'obstacle, demande parfois plusieurs heures

« à moins qu'un antipéristaltisme malveillant ne les transforme en ludions » (MONDOR).

Le lavement baryté, s'il est administré, n'en sera pas moins donné avec de grandes précautions : pression faible, emploi d'une canule non obturante.

Quant à l'existence de la grossesse, réalise-t-elle vraiment une contre-indication à cet examen ? Il ne semble pas, et la grossesse constitue tout au plus une gêne à l'interprétation des images et des clichés, cette gêne n'existant pratiquement d'ailleurs qu'après le 5^e mois. C'est malheureusement à partir de cette date que l'examen radiologique serait susceptible de fournir les renseignements les plus précieux.

— Ces conditions techniques étant réalisées est-on en mesure d'affirmer l'existence de l'occlusion, son siège et sa nature sur la simple constatation des clichés.

En dehors de la grossesse, sans préparation, la malade étant mise en position verticale, on voit plusieurs niveaux horizontaux sensibles à la pesanteur, donc au déplacement de la femme, surmontés d'une poche d'air qui représente le plus souvent le sommet d'une anse à boucle supérieure et dont on perçoit les deux niveaux généralement décalés.

L'obstacle provoque habituellement un renforcement du péristaltisme aussi la topographie radiologique de ces images varie-t-elle d'une minute à l'autre sans perdre toutefois son caractère essentiel : *les niveaux horizontaux surmontés de plages aériques* (P. DUVAL, GATELLIER, MOUTIER, PORCHER).

Ces signes sont-ils pendant la grossesse suffisants pour affirmer l'iléus ?

Il ne semble pas que la valeur de ces constatations soit absolue. De telles images hydro-aériques peuvent se rencontrer au niveau du grêle ou du côlon sans qu'il y ait obstacle complet. Une stase intestinale marquée, une distension permanente de l'intestin, la simple réplétion de cet intestin distendu

Or, ce sont là justement des modifications intestinales particulièrement fréquentes au cours de la grossesse. Ces images ne peuvent donc à elles seules imposer un diagnostic et cela

d'autant plus que l'ombre de l'utérus gravide et de son contenu rendent encore plus difficiles leur constatation et leur interprétation.

— Les renseignements fournis par l'examen après lavement baryté sont, par contre, beaucoup plus intéressants. Outre l'existence de l'occlusion, ils peuvent en préciser le siège et parfois même la nature.

Et nous conseillerons d'autant plus de recourir à cette investigation que le plus souvent ces occlusions puerpérales sont des occlusions basses du sigmoïde vis-à-vis desquelles le lavement de bouillie opaque n'entraînera pas de conséquences graves, s'il est administré sans pression exagérée et avec les précautions que nous avons vues.

En cas d'obstacle sur le sigmoïde ou sur le côlon, la progression de la bouillie barytée se trouvera rapidement entravée et le siège de l'obstacle ainsi précisé.

Si par contre la bouillie emplit aisément tout le côlon, son opacité entourant en cadre l'ombre de l'utérus gravide, cette simple constatation permettra d'affirmer que l'obstacle siège sur l'intestin grêle.

— Quant à aller plus avant dans cette enquête radiologique, il ne semble pas qu'actuellement cela soit possible et comme l'écrivait P. DUVAL : « *Il est vain et illusoire de compter sur la radio pour préciser ou aider à préciser la nature de l'occlusion* ». Bien des inconnues subsistent encore dans ce diagnostic radiologique de l'iléus, surtout pendant la gestation.

Au reste, ce qui importe ce n'est pas tellement d'intervenir avec des données précises mais d'intervenir à temps. La laparotomie lèvera toutes les hésitations, puisqu'aussi bien, comme nous le verrons, c'est à elle qu'on aura recours dans l'immense majorité des cas.

DIAGNOSTIC

« Le diagnostic de l'occlusion intestinale est encore plus difficile pour l'accoucheur que pour le chirurgien » disait LEPAGE et nous avons vu au cours de cette étude les principales raisons de cette difficulté.

Et pourtant lorsqu'on constate l'effroyable gravité de ces occlusions, gravité due pour une bonne part au caractère trop tardif de l'intervention, on se rend compte de l'importance qu'il y a à poser ce diagnostic et à le poser précocement.

Quels sont les éléments de ce diagnostic ? Il importe d'autant plus de les analyser pour retenir ceux dont la signification est formelle, que parmi tous les syndromes abdominaux de la grossesse, l'occlusion intestinale est parmi les plus rares. C'est dire que bien souvent, devant la pénurie des symptômes ce diagnostic sera nécessairement un diagnostic d'élimination auquel on ne saurait s'arrêter qu'avec prudence.

Certains antécédents ont une importance indéniable : intervention chirurgicale ou obstétricale ancienne ou récente, péritonite, processus annexiel antérieur susceptible d'avoir laissé des adhérences péritonéales ou épiploïques.

Par contre nous avons vu le peu de valeur de la constipation ; la notion d'occlusion ou simplement de subocclusion survenue pendant une grossesse antérieure est plus significative, bien que la récurrence de ces accidents ne soit pas toujours la règle. Mais souvent il n'y a pas d'antécédent et force nous est de nous appuyer sur les symptômes subjectifs et objectifs dont nous avons vu la valeur très relative.

Les plus importants de ces symptômes constituent la triade classique :

douleurs,

péristaltisme,

surtout arrêt absolu des matières et des gaz.

C'est avec le plus grand soin qu'on s'attachera donc à mettre en évidence cet ensemble clinique.

Quant aux signes radiologiques nous avons vu également quelles en étaient la valeur et l'inconstance. La constatation pourtant en position verticale d'images hydro-aériques, isolées ou associées en « tuyaux d'orgue » prend une certaine importance lorsqu'elle coexiste avec un syndrome occlusif même fruste. Un lavement baryté administré avec prudence et sous faible pression pourra parfois faire reconnaître l'occlusion, son siège, voire même dans quelques cas heureux sa nature. Il ne faut cependant pas trop y compter.

I. — Diagnostic pendant la grossesse

Quant au diagnostic différentiel, les mêmes problèmes se posent qu'en dehors de la grossesse, mais avec des difficultés d'autant plus grandes que cette grossesse est plus avancée.

Dans les premiers mois cependant, la notion de gravidité étant acquise, il convient d'envisager un problème un peu spécial et de discerner : s'il s'agit d'une occlusion intestinale vraie au cours d'une grossesse normale ou d'une grossesse extra-utérine compliquée d'occlusion.

« Chaque fois qu'on se trouve en présence d'une occlusion intestinale chez une femme enceinte, disait PINARD, il faut penser à autre chose et notamment à la grossesse extra-utérine ».

En cas de grossesse extra-utérine il existe des douleurs, des vomissements, un ballonnement important de l'abdomen, du tympanisme péri-ombilical, des anses distendues et presque dessinées sous la paroi, il n'y a pas de gaz ; bref, rien de particulier, c'est pourquoi, ajoute MONDOR, « il faut s'assurer

qu'il n'y a aucun péristaltisme, que les douleurs ne sont pas des crises de coliques intestinales, que les vomissements ne sont jamais fécaloïdes, surtout que le Douglas est distendu et douloureux ».

C'est donc avant tout sur la constatation des signes propres à la grossesse ectopique, que se base ce diagnostic : c'est assez dire qu'il sera bien souvent difficile, sinon impossible. Heureusement l'erreur est ici sans conséquence grave, les deux affections comportant une décision opératoire urgente.

La grossesse est donc normale. Les douleurs abdominales, des vomissements, un arrêt absolu du transit intestinal surviennent. S'agit-il d'une occlusion véritable, c'est-à-dire nécessitant un traitement chirurgical ?

Nous envisagerons deux éventualités bien différentes :

1° Dans un premier ordre de faits, il existe un syndrome occlusif aigu, manifeste, survenant au cours d'une gestation jusqu'alors absolument normale. Le diagnostic paraît s'imposer, encore pourtant, faut-il discuter l'éventualité d'autres syndromes abdominaux aigus.

Le diagnostic essentiel se pose en réalité et se résume dans la distinction de l'occlusion intestinale et de la péritonite aiguë généralisée. Certes, la péritonite peut s'accompagner d'iléus paralytique, l'occlusion mécanique peut se compliquer rapidement de péritonite, mais dans les deux cas la complication est au second plan. Dans l'iléus paralytique de la péritonite, l'arrêt des matières et des gaz est moins absolu, la douleur est plus rapidement généralisée et surtout le ventre est dur, ne respire pas ; contracture pariétale très prononcée et qui constitue le véritable signe distinctif. La température peut être élevée dans les deux cas, quant au pouls il n'offre généralement aucun caractère différentiel.

En résumé, au début tout au moins de sa production, l'occlusion intestinale est facile à distinguer de la péritonite. Ce n'est qu'à la période terminale que le diagnostic est le plus souvent impossible.

D'autres affections abdominales aiguës pourront parfois en imposer pour une occlusion : au premier chef les torsions pédiculaires des kystes de l'ovaire.

La distinction n'est pas toujours possible, d'autant plus que cette torsion peut s'accompagner de phénomènes d'iléus réflexes, ou même de coudures intestinales avec occlusion réelle : dans une observation de BOHLER, que nous rapportons d'autre part, le sigmoïde était fortement attiré vers le pédicule du kyste et coudé de façon à oblitérer complètement la lumière intestinale.

Le toucher vaginal permettra parfois de déceler la présence de cette masse annexielle douloureuse. Il ne faut pas trop y compter, surtout si la grossesse est avancée. L'erreur n'a d'ailleurs pas de conséquence fâcheuse puisque dans un cas comme dans l'autre la laparotomie qui s'impose la redressera rapidement.

2° Bien souvent les signes ne sont pas au complet, ou s'ils existent ils ne sont pas nets : on se trouve en présence d'un syndrome clinique plus ou moins bâtarde chez une femme ayant présenté des accidents considérés comme banaux pendant l'évolution de sa grossesse, et les difficultés se trouvent réalisées au maximum lorsqu'il s'agit d'une constipation ancienne chez laquelle l'iléus apparaît progressivement et à bas bruit.

On peut se demander, en effet, devant un arrêt prolongé des évacuations intestinales, si l'on a vraiment affaire à une occlusion chirurgicale ou simplement à une constipation opiniâtre, justiciable de moyens médicaux. Il n'est pas rare, en effet, qu'une constipation prolongée entraîne de l'anorexie, du ballonnement du ventre, des pesanteurs et même des douleurs abdominales violentes, de la fièvre, quelquefois même des vomissements.

Bref, peut se trouver réalisé un tableau de « *pseudo-iléus* » sur lequel les auteurs allemands et, en France, KELLER, ont insisté tout particulièrement. Dans de tels cas seule l'épreuve du traitement, à condition de ne pas la prolonger outre mesure, fournit la solution du problème.

S'il s'agit d'un de ces pseudo-iléus, l'administration d'un laxatif judicieusement choisi, de lavements de bile, de belladonne ou d'antispasmodiques quelconques, l'application locale de cataplasmes et de compresses chaudes laudanisées, et surtout les injections intra-veineuses répétées de sérum hypertonique permettront à l'intestin de reprendre son fonctionnement normal.

S'il s'agit au contraire d'une occlusion vraie, l'échec de ce traitement médical est constant mais, comme le dit très justement MOIROUD, on ne doit pas prolonger cette thérapeutique empirique : « savoir poser à temps l'indication de l'acte chirurgical est une question d'expérience clinique et d'observation attentive des malades ».

Les vomissements peuvent être confondus également avec les vomissements simples ou incoercibles que l'on observe parfois pendant la gestation.

Cette confusion doit être en réalité bien rare, si l'on recherche avec quelque soin d'autres signes possibles d'iléus, en particulier un certain degré de météorisme abdominal et surtout l'absence d'émission de gaz et de matières.

Le diagnostic apparaît par contre beaucoup plus délicat si l'on se trouve en présence d'un syndrome essentiellement douloureux.

Nous avons vu l'importance et l'extrême variété de ces phénomènes douloureux dans le tableau clinique de l'iléus. De nombreux problèmes doivent alors se poser :

Problèmes d'ordre médical, d'une part,

Problèmes d'ordre chirurgical ou obstétrical, d'autre part.

a) AFFECTIONS MÉDICALES.

La colique hépatique est en général facilement éliminée : le siège, l'irradiation bien caractéristique de la douleur et surtout la persistance normale du transit intestinal sont des symptômes bien différents de ce que l'on voit au cours de l'iléus.

Par contre la colique néphrétique réalise parfois chez la femme enceinte un syndrome occlusif et diagnostic délicat. On peut en effet observer au cours de ce syndrome douloureux : une absence absolue de gaz et de matières avec météorisme abdominal très marqué, des vomissements, le tout pouvant persister 24 heures et même plus.

Certes, les douleurs de la colique néphrétique sont classiquement bien particulières : leur localisation d'un côté, côté droit le plus souvent, leur caractère continu, leur irradiation à la région génitale et aux membres inférieurs ont une importance de premier ordre. Mais pour peu que la femme ait présenté durant sa grossesse des accidents de pyélonéphrite, pour peu qu'il existe une ascension thermique plus ou moins importante, le problème va se poser de façon toute différente : la possibilité d'une association d'iléus et pyélite, dont nous avons vu la relative fréquence pendant la puerpéralité, rend particulièrement délicate la discrimination entre ces accidents occlusifs vrais et la simple occlusion réflexe de la colique néphrétique.

b) AFFECTIONS CHIRURGICALES.

Le diagnostic de l'iléus et des accidents d'ordre chirurgical, s'il se heurte parfois à de sérieuses difficultés, comporte cependant moins de risques : à la moindre hésitation, en effet, on intervient.

L'appendicite aiguë au cours de la grossesse revêt facilement une allure occlusive, avec arrêt des matières et des gaz, vomissements et péristaltisme important. L'élévation de température qui l'accompagne n'a pas non plus de valeur absolue : il existe des iléus avec hyperthermie.

L'étude des commémoratifs, la notion des crises antérieures et surtout la localisation iliaque droite des signes locaux sont cependant autant d'éléments évocateurs de l'appendicite. « Il s'agit souvent, dit LARDENNOIS, d'appendicite en situation juxta-iléale et juxta-mésentérique, avec réaction plastique déformant la partie terminale de l'iléon. »

c) AFFECTIONS D'ORDRE OBSTÉTRICAL.

L'apparition dans les derniers mois de la grossesse, d'un syndrome abdominal aigu, douloureux, peut faire penser à divers accidents obstétricaux et en premier lieu à l'apoplexie utéro-placentaire. L'erreur nous semble cependant facile à éviter, si l'on recherche avec un peu de soin, l'existence des signes propres à cette complication, et l'albuminurie importante qui l'accompagne.

De même, chez une femme enceinte et tout spécialement à la fin de la grossesse, présentant des phénomènes abdominaux douloureux, la première idée qui vient à l'esprit est celle d'un début de travail.

Un examen attentif suffira cependant à faire rejeter cette hypothèse. En effet, l'absence de douleurs intermittentes apparaissant à intervalles réguliers au moment d'une contraction utérine et surtout l'absence de modifications du col constatée par le toucher vaginal permettront d'éliminer cette éventualité. Mais si la femme est à terme si le col présente déjà des modifications caractéristiques du travail, le diagnostic est alors rempli de difficultés.

II. — Diagnostic pendant le travail

Si le diagnostic est délicat pendant la grossesse, il devient presque impossible pendant le travail. La douleur, les vomissements, un certain degré de météorisme abdominal peuvent s'observer lors de l'accouchement : ce sont là des phénomènes banaux et qui ne posent pas de problèmes considérables.

Deux affections, par contre, peuvent constituer des causes d'erreurs :

la rupture utérine,

la perforation intestinale.

a) La rupture utérine au moment du travail s'accompagne d'un cortège de symptômes toujours graves et d'apparition subite.

La femme qui, jusque là, n'avait eu que des douleurs intermittentes, régulières, ressent brusquement une douleur localisée en un point fixe, une sensation de déchirure profonde, continue et d'intensité extrême. En même temps l'état général se montre d'emblée très altéré, s'accompagne d'un état lypothymique bien particulier et de signes d'hémorragie interne abondante. Les contractions utérines sont le plus souvent supprimées, mais d'autres fois elles persistent aussi énergiques que normalement.

Schématiquement donc, la discordance entre les deux syndromes semble bien nette. Et pourtant VIGNES rapporte un cas de WATKINS où le diagnostic d'occlusion semblait s'imposer : « On pouvait penser à des brides anciennes consécutives à une péritonite qui remontait à 8 ans environ; il y avait une violente douleur dans la région inguinale gauche, la femme présentait des vomissements incessants et un arrêt des matières et des gaz. Or au cours de l'intervention on constata du côté gauche de l'utérus une déchirure de l'utérus et du ligament large et un étirement de l'anse sigmoïde par des adhérences. »

TILMANT et PEYROT rapportent un cas analogue de rupture utérine s'accompagnant de phénomènes occlusifs.

b) La perforation intestinale par traction sur l'intestin d'une bride inflammatoire ou par déchirure de vieilles brides péritonéales au moment des contractions utérines peut entraîner la constitution d'un syndrome abdominal aigu pouvant être pris pour une occlusion intestinale.

Mais en général la perforation entraîne un tableau beaucoup plus dramatique : une douleur extrêmement violente et subite, et des signes de perforation viscérale se surajoutant à ceux du travail. Dans quelques cas des signes d'hémorragie interne abondante viennent compléter cet ensemble clinique : ils seront plus ou moins marqués suivant la vascularisation des adhérences déchirées.

Tous ces caractères distinctifs ne sont donc pas toujours très nets, masqués qu'ils sont par les douleurs et les vomissements du travail et bien souvent la question ne sera résolue

qu'après l'expulsion du fœtus ou même plus tard pendant les premiers jours des suites de couches.

III. — Diagnostic pendant les suites de couches

Le diagnostic de l'occlusion intestinale pendant les suites de couches peut se poser dans deux conditions assez différentes.

a) Immédiatement après l'accouchement : les mêmes affections que nous venons de voir lors du travail peuvent se discuter. Nous n'y reviendrons donc pas.

b) Par contre, en présence d'un syndrome abdominal douloureux avec constipation et parfois vomissements survenant pendant les deux ou trois jours qui suivent l'accouchement, il faut, avant de porter un diagnostic d'iléus, penser tout d'abord aux douleurs des tranchées. « Ces tranchées, disait TARNIER, sont parfois tellement vives qu'elles arrachent des cris à l'accouchée et chez certaines femmes les douleurs qu'elles produisent sont plus fortes que celles de l'accouchement ».

Pour en faire le diagnostic, on recherchera la localisation précise de cette douleur à l'utérus, son irradiation vers la région sacro-coccigienne, vers les lombes, les cuisses et son apparition lors d'une contraction utérine, ce dont la femme se rend bien compte elle-même par la sensation de « boules hypogastriques » qu'elle éprouve. En outre, l'intermittence de ces douleurs, séparées les unes des autres par des intervalles de calme complet, est un signe caractéristique de ces tranchées.

L'état général par ailleurs reste bon. Ce n'est donc qu'exceptionnellement que de telles douleurs pourront être prises pour un début d'iléus à symptomatologie fonctionnelle accentuée.

En présence de vomissements abondants, il faudra penser à un syndrome de dilatation aiguë de l'estomac consécutif à une intervention obstétricale quelconque, à une infection légère déterminant un état de gastroplogie : il existe alors un tympanisme épigastrique évident. L'essai thérapeutique par le lavage d'estomac lèvera tous les doutes.

Mais ce qu'on observe surtout dans ces jours qui suivent l'accouchement, ce sont des phénomènes d'occlusion paralytique témoignant d'une réaction péritonéale plus ou moins manifeste. Le diagnostic en est facile.

IV. — Diagnostic de siège et de nature de l'occlusion

Plus encore qu'en dehors de la grossesse, on se heurte là à des difficultés considérables. Sur 48 cas de GAUCHERY, 12 fois seulement ce diagnostic étiologique avait été fait avec précision.

1° DIAGNOSTIC DE SIÈGE :

Il faut tout d'abord chercher à apprécier si l'obstacle occupe le gros intestin ou l'intestin grêle.

Le siège de la douleur initiale celui de la douleur maxima, permettent quelquefois de situer l'obstacle, mais la valeur de cette constatation est loin d'être formelle.

La forme de la dilatation abdominale varie classiquement dans les occlusions du grêle et dans celles du côlon. Une saillie médiane, sous-ombilicale, témoignerait d'une occlusion du grêle; une saillie en cadre, localisée aux flancs, à l'épigastre, d'une occlusion colique. Dans les quatre premiers mois de la grossesse cette distinction peut avoir son importance. Plus tard, elle est bien difficile à mettre en évidence : le météorisme est pratiquement généralisé occupant toutes les régions de l'abdomen que n'emplit pas l'utérus gravide.

Ce n'est donc que dans quelques cas heureux, qu'une dilatation oblique asymétrique, ou localisée à une fosse iliaque, pourra faire envisager la possibilité d'un volvulus par exemple.

L'état du cæcum, sa dilatation ou son affaissement pourrait permettre également de localiser l'obstacle. Mais sa palpation est souvent rendue difficile du fait d'un certain degré de dextro-torsion utérine et il n'est pas rare par ailleurs qu'une stase iléo-cæcale importante vienne troubler la morphologie de cet organe.

Les caractères des vomissements peuvent également fournir des renseignements utiles. Ils apparaissent plus précocement et sont plus abondants dans les occlusions du grêle. Ils sont d'apparition plus tardive, peuvent même manquer complètement dans les occlusions siégeant sur le côlon et particulièrement sur le côlon sigmoïde.

De tous ces signes donc, aucun, à vrai dire, n'a de valeur réelle.

L'existence d'un météorisme discret, de vomissements précoces et bilieux, l'altération rapide de l'état général, la soif intense prouveraient l'occlusion du grêle.

Un début progressif, des douleurs moins marquées, des vomissements d'apparition tardive, un ballonnement généralisé et souvent énorme témoigneraient plutôt d'une occlusion colique.

2° DIAGNOSTIC DE NATURE :

Cette notion du siège peut permettre dans certains cas un diagnostic étiologique relativement sûr, en s'aidant des circonstances étiologiques générales et des antécédents de la malade.

a) Il est des cas faciles où ce diagnostic peut être affirmé.

Il est bien évident que, malgré la rareté de l'étranglement herniaire au cours de la grossesse, on examinera d'abord les orifices herniaires et si elles existent les cicatrices d'interventions abdominales, au niveau desquelles a pu se produire et s'étrangler une éventration.

En second lieu, l'exploration du petit bassin par le toucher rectal et vaginal permettra dans quelques cas de déceler une compression intestinale par rétroversion incarcerated de l'utérus gravide.

b) Il est des cas où le diagnostic ne sera que soupçonné.

La femme présente des antécédents nets, un passé abdominal plus ou moins ancien, pour lequel on a pu être obligé d'intervenir. La possibilité de coudures intestinales, ou d'étranglements par brides post-opératoires ou inflammatoires, peut être envisagée à bon escient.

Ou bien l'utérus présente un état de dextrotorsion forcée, les signes locaux sont au maximum dans la fosse iliaque gauche, laquelle apparaît particulièrement distendue et sonore, à plus forte raison s'il existe une déformation asymétrique de l'abdomen, on est en droit de penser à l'existence d'une torsion ou d'un volvulus du sigmoïde.

Enfin s'il existe une association de phénomènes urinaires et de phénomènes occlusifs, la possibilité d'une occlusion gravidique vraie pourra être envisagée.

c) Il est des cas où ce diagnostic est impossible.

L'on ne peut absolument pas trouver d'éléments permettant d'affirmer qu'il s'agit d'une occlusion par compression, par striction ou par torsion de l'intestin. L'iléus survient chez des multipares constipées chroniques, souffrant antérieurement de stase intestinale, de ptose généralisée; à la constipation rebelle fait suite la parésie intestinale puis le ballonnement généralisé de l'abdomen, sans qu'il soit possible de trouver une cause d'occlusion évidente.

On se trouve en présence d'un abdomen distendu, à météorisme prononcé mais s'étant établi lentement, sans péristaltisme, sans signe de Von Wahl avec des phénomènes douloureux peu marqués, abdomen au niveau duquel la palpation la plus attentive ne révèle rien. Seule l'intervention renseignera sur la nature de cette occlusion.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'occlusion intestinale au cours de la puerpéralité apparaît comme particulièrement grave pour la mère comme pour l'enfant.

Pronostic maternel

— La première statistique publiée en 1902 par GAUCHERY, donne les chiffres suivants :

Mortalité maternelle : 76 % dans les cas non opérés,
53 % dans les cas opérés.

— En 1914, LUDWIG signale un pourcentage à peu près analogue.

— Sur une étude de 81 cas opérés, la mortalité fut de 55 %, mais bien souvent le traitement entrepris se bornait à la simple évacuation de l'utérus et nous verrons ce qu'il faut penser de cette façon de faire qui ne réalise qu'exceptionnellement la cessation des accidents.

— Depuis cette date il est indiscutable qu'avec la généralisation de l'intervention chirurgicale systématique, appliquée à toute occlusion intestinale reconnue aussi bien pendant la grossesse qu'en dehors d'elle, le pronostic s'est sensiblement amélioré.

Pourtant en 1926, LEITNER et MIKULICZ, donnent encore des chiffres de mortalité de près de 40 %, c'est-à-dire nettement supérieurs au chiffre de 35 % que l'on observe au cours de l'occlusion intestinale en dehors de la grossesse.

Facteurs de gravité.

Il faut citer comme éléments défavorables au cours de ces iléus :

— 1° En premier lieu le retard apporté à l'établissement du diagnostic et par suite à la thérapeutique active, du fait de l'allure souvent imprécise des accidents, du caractère fruste des symptômes, sur lequel nous avons longuement insisté;

— 2° Le fait ensuite que ces occlusions surviennent sur un intestin déjà bien amoindri dans sa motricité et parfois dans sa vitalité.

— 3° La vascularisation extrême qui accompagne l'état puerpéral et accroît considérablement le pouvoir de résorption du péritoine, la colibacillose entretenue par la constipation, rendent l'apparition de la péritonite plus rapide et celle-ci plus rapidement mortelle.

— 4° Enfin la particulière rapidité avec laquelle apparaît et évolue pendant la grossesse l'intoxication stercorémique, d'autant plus que cette intoxication se surajoute souvent à celle préexistante créée par la colibacillose et à l'auto-intoxication gravidique.

Et de fait la mort survient le plus souvent au milieu d'un syndrome péritonéal toxi-infectieux, d'apparition précoce, si l'intervention a été trop tardive et d'évolution rapide.

Il nous a semblé pourtant à la lecture des observations que nous avons retrouvées, que les chiffres de mortalité marquaient depuis 1926 une régression assez sensible. Certes, il est difficile de conclure sur 60 observations et il nous paraît plus vraisemblable d'attribuer cette amélioration pronostique à la bénignité relative de certaines formes : des iléus gravidiques vrais en particulier. Ceux-ci apparaissent en effet grevés d'une mortalité beaucoup moins importante que celle qui accompagne les volvulus du côlon pelvien et surtout les occlusions du post-partum.

Pronostic fœtal

Il est extrêmement mauvais, et bien que le sort de la grossesse et du fœtus soit, dans le plus grand nombre d'observations, insuffisamment indiqué, on peut dire, qu'à peu près une fois sur deux, l'occlusion entraîne la mort du produit de conception.

MIKULICZ, sur 49 cas note 27 fois la mort de l'enfant. Certes, dans la moitié des cas l'enfant fut sacrifié par une interruption prématurée de la grossesse, dans l'intérêt de la mère. Mais dans l'autre moitié (14 fois exactement), il y eut :

- avortement ou accouchement prématuré,
- ou mort de l'enfant in utero.

D'autre part, parmi les 22 enfants vivants de cette statistique, 7 appartenaient à des femmes ayant fait une occlusion du post-partum; ils sont donc à exclure dans l'établissement du pourcentage de la mortalité infantile.

On arrive ainsi à un chiffre de mortalité de 64,3 %, qui semble pourtant un peu élevé. VERGEZ et d'autres auteurs arrivent à un pourcentage d'environ 50 %. C'est également à ce chiffre que nous arrivons après étude des diverses observations que nous avons recueillies.

Quoi qu'il en soit, l'occlusion a manifestement une influence extrêmement néfaste sur la grossesse, laquelle continue rarement à évoluer.

— Dans les premiers mois de la grossesse, l'avortement est moins à craindre, sauf en cas de rétroflexion incarcerated de l'utérus gravide, mais c'est là une éventualité exceptionnelle.

— Dans la seconde moitié de la grossesse, au contraire, l'interruption apparaît comme extrêmement fréquente. Le fœtus est expulsé : soit vivant, mais prématuré, soit mort et la mort semble due dans ces cas à l'intoxication maternelle consécutive aux accidents d'occlusion.

Cette mortalité fœtale importante relève donc :

- tantôt de la prématurité,
- tantôt de la mort du fœtus in utero par intoxication maternelle,
- tantôt enfin, la mort du fœtus est secondaire à la mort de la mère elle-même.

TRAITEMENT

Le diagnostic étant posé d'occlusion intestinale aiguë, l'intervention ne doit subir aucun retard et ne doit connaître aucune contre-indication. Seule l'intervention précoce peut sauver les malades, disait PINARD en 1913, et la simple comparaison des chiffres de la mortalité après intervention et après abstention est suffisamment éloquente.

C'est là une règle générale applicable aux occlusions de la grossesse, au même titre qu'aux occlusions survenant en dehors de cet état. « La grossesse, dit MOIROUD, reste comme une complication et non comme une contre-indication de l'acte opératoire ».

C'est donc pratiquement toujours à la chirurgie qu'on aura recours. Certes, la difficulté du diagnostic, la fréquence de ces pseudo-iléus, de ces parésies intestinales si fréquentes au cours du post-partum, doivent inciter à une certaine prudence avant de prendre la décision d'intervenir. Il est bien évident qu'un essai de traitement médical est à pratiquer, s'il y a le moindre doute et la moindre hésitation.

Ces moyens médicaux classiques seront donc mis spécialement en œuvre dans ces occlusions à symptomatologie peu bruyante, lorsque le diagnostic reste en suspens. Mais il importe de ne pas prolonger leur emploi outre mesure, et s'ils ne donnent pas à brève échéance le résultat escompté, de recourir au traitement chirurgical.

L'opportunité de l'intervention chirurgicale doit donc être établie à temps; c'est chose facile si le syndrome occlusif est net; c'est bien souvent difficile si le tableau clinique est fruste, mais il vaut mieux intervenir au risque de se tromper

que de laisser évoluer une occlusion qui, fatalement, conduira la malade à la mort.

— Dans l'étude de ce traitement, nous décrirons tout d'abord les différentes méthodes thérapeutiques qui ont été proposées en en discutant la valeur. Nous verrons ensuite quelle est la conduite à tenir la plus logique, en présence d'un syndrome occlusif puerpéral, c'est-à-dire celle qui sauvera au maximum les intérêts de la mère et ceux de l'enfant.

Les méthodes thérapeutiques

Elles sont nombreuses et se résument en trois groupes :

- 1° méthodes d'ordre médical,
- 2° méthodes d'ordre obstétrical,
- 3° méthodes d'ordre chirurgical.

1° Les méthodes médicales.

Elles sont donc à mettre en œuvre toutes les fois que n'existe pas un syndrome suffisamment net pour faire porter sans hésitation le diagnostic d'iléus. C'est dire que, dans la majorité des cas, devant cette indigence des symptômes sur laquelle nous avons déjà insisté, devant ces ensembles cliniques plus ou moins bâtarde, l'indication d'une intervention chirurgicale ne se posera pas de façon formelle et que l'on devra recourir à ces moyens accessoires.

En plus de leur valeur thérapeutique propre, ils présenteront donc de ce fait une valeur diagnostique certaine : véritable épreuve du traitement, souvent indispensable avant d'affirmer l'occlusion.

Ces thérapeutiques médicales sont extrêmement nombreuses et trop connues pour que nous insistions longuement.

Nous ne ferons que signaler en premier lieu les purgations qui sont bien entendu à rejeter absolument dès qu'existe le moindre soupçon d'occlusion. Des laxatifs doux pourront, à la rigueur, être employés. Ils sont le plus souvent inefficaces, même dans les cas de simple parésie intestinale.

Les lavements, par contre, trouveront dans ces cas une indication précise.

Lavements simples : employés par les auteurs allemands sous forme de grandes irrigations de l'intestin ; de véritables « Lavages intestinaux », ils ont dans quelques cas provoqué l'évacuation d'une certaine quantité de matières. Mais ce fait seul ne suffit pas à affirmer que l'obstacle est vaincu ; seule l'émission abondante et persistante de gaz par l'anus est un signe de valeur. Il convient donc de ne pas se laisser leurrer par un résultat immédiat qui peut n'être que passager.

Par ailleurs, de tels lavages intestinaux irritant l'intestin, sont susceptibles d'augmenter l'élément spasmodique et, en fin de compte peuvent aller à l'encontre du résultat cherché.

Les petits lavements par contre sont à recommander :

- soit lavements de sérum salé hypertonique,
- soit lavements d'huile pure conservés pendant plusieurs heures et qui semblent parfois d'une très réelle efficacité,
- soit, ce qui paraît encore préférable : les lavements moyens de 3 à 400 gr. d'eau tiède dans lesquels on a dilué 5 à 6 gr. d'extract sec de bile conservée ou de lavements de 50 à 100 gr. de bile fraîche de bœuf diluée dans 300 gr. d'eau environ (SIMITCH). Ces lavements seront administrés sous faible pression.

Quant aux lavements électriques, si dans quelques cas ils ont pu provoquer la débâcle intestinale, une observation de MONOD, de Bordeaux, en fait foi ; ils ne sont pourtant pas sans danger surtout quand on ne peut affirmer avec certitude que l'occlusion est indépendante de toute cause mécanique.

Par ailleurs, ils apparaissent bien souvent inefficaces et leur administration peut déclencher l'accouchement prématurément.

A ces moyens locaux parfois utiles, mais pas toujours suffisants, on adjoindra volontiers une thérapeutique médicamenteuse qui comporte en particulier l'administration d'anti-

spasmodiques, et les injections d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse et surtout de chlorure de sodium.

Les antispasmodiques peuvent, dans quelques cas, rendre d'utiles services. Nous avons vu que cette atonie intestinale qui si souvent est à l'origine de l'occlusion gravidique, pouvait être interprétée comme un phénomène d'hypervagotonie. C'est dire que l'on trouvera un adjuvant thérapeutique utile dans l'emploi de ces antispasmodiques et en particulier de la belladone.

On l'emploiera soit sous forme de pilules de TROUSSEAU, soit sous forme de Teinture, soit en association : association à l'huile de ricin, à un mucilage quelconque en particulier. Il ne semble pas contre-indiqué de l'employer à des doses assez élevées.

Les extraits de lobe postérieur d'hypophyse injectée à petites doses par voie intraveineuse ont également donné des résultats positifs encourageants, signalés par SCHMIDT, en 1925.

Ces effets lorsqu'ils se produisent sont presque immédiats ; les gaz commencent à être expulsés, quelquefois même avant la fin de l'injection. Celle-ci s'accompagne parfois d'accidents de collapsus vasculaire (pâleur, nausées, ralentissement du pouls). Mais ceux-ci sont passagers et, si l'injection est poussée lentement, ils ne sont pas à redouter.

Pourtant, il convient de se méfier de ces préparations à base d'hypophyse ; elles peuvent exagérer l'élément spasmodique surajouté. Leur emploi sera donc plus particulièrement à conseiller dans les cas où une longue période de constipation antérieure, renouvelée à des grossesses successives, peut faire penser qu'il existe une grande atonie intestinale. Administrés alors, pas forcément d'ailleurs par voie intra-veineuse, ils réveillent utilement le péristaltisme intestinal déficient.

Signalons encore que l'usage des extraits parathyroïdiens a été récemment vanté comme antispasmodique.

En fait, c'est la médication chlorurée qui, pendant la puerpéralité, comme en dehors d'elle, sera du plus grand secours.

« La solution hypertonique de chlorure de sodium est la vraie médication héroïque des occlusions intestinales aiguës » (GOSSET).

Quel que soit le mode d'action, l'injection dans le sang de cette solution hypertonique provoque un violent péristaltisme de tous les muscles lisses et en particulier de la musculature intestinale. Mais il convient, pour obtenir un résultat, d'en répéter les injections : 10 cm³ de sérum hypertonique à 20 % ou 20 cm³ de sérum à 10 % seront injectés toutes les trois heures. Le traitement sera poursuivi quelque temps, même après obtention de résultats satisfaisants.

CARTOTTO a utilisé avec succès (sept succès sur neuf cas d'iléus paralytiques), les injections intra-musculaires de sulfate d'ésérine (10 à 15 mgr. par 24 heures). Le résultat serait obtenu rapidement : 10 minutes à 1/2 heure après l'injection.

D'autres auteurs ont préconisé dans ces iléus paralytiques différentes méthodes ayant pour but de supprimer l'action inhibitrice du splanchnique.

C'est ainsi qu'OCHSNER, GAGER et CUTTING auraient obtenu par cette méthode des résultats expérimentaux encourageants. Avec la même intention, ROSENSTEIN et KOHLER ont pratiqué dans 22 cas de paralysie intestinale, avec des succès presque constants, l'injection de nicotine dans le ganglion cœliaque.

Tels sont ces moyens médicaux. Répétons-le si l'occlusion est manifeste leur emploi n'est pas de mise et il faut agir sans perdre de temps et surtout s'abstenir de tout moyen violent, comme le lavement électrique en particulier.

Mais, et c'est justement pour cette raison que nous avons tenu à y insister un peu longuement, ils sont employés dans tous les cas de syndrome occlusif bâtarde, car ce sont eux qui bien souvent feront la discrimination entre ces pseudo-iléus sur lesquels insistait BOHLER et les iléus vrais chirurgicaux. Ils sont à tenter dans les cas de doute, mais leur emploi ne sera pas prolongé s'ils ne donnent pas rapidement le résultat escompté.

En tout cas, ils constitueront toujours un adjuvant précieux à la thérapeutique chirurgicale.

A ces moyens qui ont donc leur importance, nous adjoindrons une thérapeutique fort discutée, qui, pour certains auteurs, serait à rejeter comme favorisant l'iléus, mais qui semble avoir donné à la majorité des observateurs des résultats appréciables ; nous voulons parler de la *rachi-anesthésie*.

PASTIELS et STRAETMANS ont soumis plusieurs femmes atteintes d'occlusion intestinale au cours de la grossesse à la rachi-anesthésie. Ils ont obtenu souvent après 20 minutes seulement une débâcle intestinale qui solutionna d'emblée le problème thérapeutique ; mais, ajoutent-ils : « Lorsqu'il s'agit d'occlusion paralytique, on ne peut prévoir si la rachi donnera des résultats suffisants pour rétablir le transit ».

De nombreuses discussions se sont ouvertes, dans les Sociétés Savantes, et en particulier en 1927 à la Société de Chirurgie de Paris, concernant l'efficacité de cette méthode.

Pour LEVEUF, la rachi-anesthésie arrête les réflexes inhibiteurs de la motilité intestinale, réflexes transmis par le splanchnique. Ainsi se trouverait réalisée une véritable section physiologique de ces splanchniques et la rachi agirait de la même façon que les différents médicaments destinés à provoquer l'anesthésie de ces splanchniques.

P. DUVAL, résumant cette discussion de 1927, concluait : « La Rachi-anesthésie donne un pourcentage de succès de 70 % dans les cas d'iléus paralytiques. Ses indications sont :

1° les cas où il existe une péritonite : le succès est alors presque constant ;

2° les cas où il n'y a pas de péritonite et où on ne décèle pas de cause tangible de l'iléus : le succès est fréquent puisqu'on le note dans 90 % des cas ».

D'autres auteurs ont également obtenu au cours de la gestation des résultats définitifs grâce à cette méthode (FERRARI, SESENI). Dès que l'anesthésie est obtenue, l'expulsion des gaz et des matières se produit rapidement et persiste.

Il semble donc que nous ayons là un excellent moyen thérapeutique, mais dont les indications sont limitées aux occlusions paralytiques ; c'est-à-dire dans le cas qui nous intéresse, aux occlusions gravidiques vraies, où l'intestin n'a plus la vigueur nécessaire pour forcer un obstacle dû à la compression de l'utérus, et aux occlusions paralytiques du post-partum.

Par contre, s'il existe un obstacle mécanique réel, il est bien évident que l'action de la raché-anesthésie sera nulle et n'empêchera pas l'intervention. Malheureusement, de telles distinctions, nous l'avons vu, sont souvent impossibles en clinique.

Il importe donc de ne considérer cette méthode que comme un premier temps possible d'une intervention à pratiquer immédiatement en cas d'échec.

2° Les méthodes obstétricales.

Elles consistent essentiellement en l'évacuation de l'utérus.

Quelle est la valeur de ce traitement obstétrical ? L'évacuation seule de l'utérus ne réalise que très exceptionnellement la cessation des accidents. C'est, d'autre part, une méthode dangereuse, quand on l'emploie à l'exclusion des autres méthodes ; elle peut laisser évoluer après elle les accidents d'occlusion et de gangrène intestinale.

Certes, il est des cas où son application paraît séduisante : ce sont ces cas d'occlusions gravidiques vraies. Et si nous relisons les anciennes observations, nous voyons que cette méthode a donné des succès et parfois des succès rapides. L'évacuation de l'utérus a permis dans quelques cas le rétablissement du transit intestinal en supprimant la compression qu'exerçait cet utérus sur l'intestin d'une part, en faisant disparaître l'atonie intestinale gravidique d'autre part.

Mais, et c'est là la grosse objection formulée de tous temps contre cette manière de faire : comment affirmer qu'il s'agit d'une telle forme d'iléus, justiciable de ce seul traitement ? En d'autres termes, peut-on faire la preuve clinique d'une occlu-

sion gravidique vraie ? Nous avons vu que c'était le plus souvent impossible. Dans quelques cas, on soupçonnera l'existence d'un tel iléus, chez une femme constipée opiniâtre ancienne, présentant un syndrome urinaire de pyélonéphrite, lorsque rien par ailleurs ne permet de penser à l'existence d'un obstacle mécanique.

Mais, même dans la presque certitude du diagnostic de ces formes d'iléus, le seul traitement logique qui sauvegardera au maximum les intérêts de la mère et de l'enfant, reste encore le traitement chirurgical, la laparotomie.

L'évacuation utérine apparaît alors comme une méthode également adjuvante et complémentaire du traitement chirurgical dans quelques cas. Son emploi exclusif est à rejeter de façon absolue.

Comment envisager cette méthode complémentaire ? Deux opinions sont en présence :

L'évacuation immédiate par voie haute au cours de la laparotomie ;

L'évacuation par voie basse dans un second temps, lorsque la laparotomie n'aura pas permis de découvrir d'autre obstacle mécanique que la compression du sigmoïde contre le détroit supérieur.

Cette seconde solution a été proposée par Laffont et cet auteur l'envisage de la façon suivante :

« Entre la première intervention qui nous a donné la certitude de l'iléus gravidique vrai et la deuxième intervention qui sera l'évacuation utérine, nous devons tenter des injections de sérum hypertonique à 20 % : 20 cm³ toutes les quatre heures, et employer en même temps d'autres moyens médicaux, lavements électriques en particulier. Ce n'est que devant l'échec de cette thérapeutique adjuvante et sans attendre que l'évacuation utérine sera proposée. Cette solution, dans les formes d'iléus gravidique, paraît être la meilleure conduite à tenir. »

Il nous semble au contraire beaucoup plus rationnel d'éva-

cuer l'utérus, si toutefois l'on juge nécessaire de le faire, par voie haute, lors de la laparotomie.

Il est bien évident que le sérum hypertonique peut donner des résultats satisfaisants, mais comme nous l'avons vu, cette méthode rentre dans le cadre de ces thérapeutiques médicales que l'on emploie toujours et, en premier lieu, avant de se décider à une solution chirurgicale. Si donc ces injections de sérum n'ont amené aucune amélioration avant l'intervention, pourquoi en amèneraient-elles une après la laparotomie ? Toutes les chances nous semblent au contraire réunies pour qu'il n'en soit pas ainsi ; à l'atonie intestinale gravidique viendra s'ajouter en effet l'atonie post-opératoire, voire même un certain degré de réaction péritonéale qui va contribuer encore à paralyser cet intestin et à le rendre moins sensible à l'action de la médication chlorurée.

Et, d'autre part, cette manière de faire amène à pratiquer une seconde intervention, tout de même choquante, chez une femme dont l'état général peut être très altéré du fait de son occlusion et de la laparotomie qu'elle a subie.

En résumé ces méthodes obstétricales ont des indications limitées.

L'évacuation utérine par voie basse, employée seule, est à rejeter systématiquement.

Sans doute, dans des cas exceptionnels où l'occlusion survient alors que le travail est commencé, on sera autorisé à y recourir mais dans le seul but d'accélérer l'accouchement et encore à condition de veiller de près, de ne pas trop escompter de la guérison spontanée et de ne pas perdre de temps pour recourir s'il y a lieu à l'intervention chirurgicale.

L'évacuation utérine considérée comme moyen complémentaire d'une intervention chirurgicale est à envisager dans certains cas dont nous préciserons plus loin les indications précises. Si l'on s'y décide, elle est à pratiquer lors de la laparotomie et par césarienne immédiate.

3^e Les méthodes chirurgicales.

C'est à elles que l'on aura donc presque toujours recours, après échec du traitement médical et de la rachi-anesthésie.

Avec MIKULICZ, RUPP, HANSEN, LAFFONT, J. RAVINA et tant d'autres auteurs qui se sont intéressés à la question nous dirons que l'occlusion intestinale au cours de la grossesse, et nous ajouterons au cours du post-partum également, commande la laparotomie.

Ce premier temps opératoire permet d'abord d'avoir la certitude de l'existence et de la nature de l'obstacle et, par suite, d'adopter la ligne de conduite en conformité avec les lésions observées. A ce moment seulement pourra être envisagée l'éventualité de l'évacuation utérine.

Ces méthodes chirurgicales comprennent :

Des méthodes curatives variables selon les lésions découvertes au cours de la laparotomie.

Des méthodes palliatives, c'est-à-dire, les différentes entérostomies. Ces dernières n'apparaissent que comme une solution de nécessité, dans les cas d'occlusion avancée, alors que l'état général très altéré ne permet pas d'envisager d'intervention plus complète.

a) LES MÉTHODES CURATIVES :

Le premier temps en est donc la laparotomie, seule intervention rationnelle, véritable laparotomie exploratrice, en l'absence de tout diagnostic exact de cause et de siège.

On fera cette laparotomie médiane, quel que soit le siège présumé de l'obstacle ; l'incision d'abord sous-ombilicale sera plus tard agrandie vers le haut s'il y a lieu. La présence d'un utérus gravide très développé oblige le plus souvent à une incision à la fois sus et sous-ombilicale, si l'on veut avoir un jour suffisant sur les lésions.

Le ventre ouvert, deux obstacles se présentent immédiatement : les anses dilatées et l'utérus gravide.

Pour supprimer ces difficultés, la ponction préalable d'une

anse à l'aide d'un trocart ou d'une canule reliée à un appareil aspirateur, sous couvert d'une bourse séreuse qu'on fermera par la suite est un moyen précieux sur lequel OKINZYCK a insisté à plusieurs reprises.

Quant à l'utérus gravide, il sera manipulé avec le plus grand soin. Les injections préalables de morphine ont d'ailleurs été pratiquées et diminueront les contractions utérines consécutives à ce traumatisme opératoire.

Ces précautions prises, il faut découvrir l'obstacle. Ce n'est pas toujours facile dans cet abdomen surdistendu. Une première exploration intra-abdominale à la main peut être utile et, pratiquée avec prudence, cette recherche préalable peut déjà donner des renseignements utiles, s'il s'agit de volvulus ou d'invagination par exemple.

La manœuvre est, par contre, fort malaisée et souvent négative, s'il existe un météorisme considérable, ce qui, au cours de la grossesse est loin d'être rare.

Il faut alors chercher le cæcum, ne pas se borner à le sentir, mais le voir (LEJARS).

Est-il aplati, vide ? l'obstacle siège sur l'intestin grêle et, en remontant le long de l'iléon et du jejunum, on l'atteindra facilement.

Est-il au contraire distendu ? le barrage porte sur le gros intestin qu'il faut inspecter à son tour sur tout son trajet et particulièrement au niveau du sigmoïde, puisque c'est là que le plus souvent, le transit est interrompu.

Toutes ces recherches sont faites avec la plus grande douceur et en évitant au maximum les manœuvres utérines brutales.

Dans quelques cas d'ailleurs, l'examen est grandement facilité et dès l'ouverture du péritoine, l'anse énorme et violacée d'un volvulus du côlon pelvien se présente directement entre les lèvres de l'incision, faisant hernie hors de l'abdomen et masquant tout le champ opératoire. La ponction immédiate de cette anse constitue alors une précaution préliminaire indispensable.

L'obstacle, une fois trouvé, il sera traité suivant la manœuvre qu'il comporte, et ce second temps de l'intervention, c'est-à-dire le rétablissement de la perméabilité intestinale résume une série d'actes opératoires plus ou moins complexes, suivant le type de l'occlusion et la nature des lésions découvertes. Dans l'ensemble, ces diverses manœuvres ne diffèrent pas de celles que l'on pratique en dehors de la grossesse.

Cependant dans quelques cas que nous préciserons en étudiant la conduite à tenir, l'évacuation de l'utérus apparaît comme nécessaire pour mener à bien et sans danger le rétablissement de la perméabilité intestinale. La césarienne constitue alors un temps complémentaire prémonitoire au traitement proprement dit de l'occlusion. Nous y reviendrons.

Les différentes méthodes de rétablissement de la perméabilité intestinale varient suivant la lésion en cause.

Brides ou anneaux d'étranglement. — La conduite à tenir est simple et se résume à la section de ces brides ou à la libération d'un de leur point fixe ; opération facile dans la plupart des cas, mais qui peut par contre devenir extrêmement délicate si cette bride est constituée par un appendice en position anormale ou par un diverticule de Meckel.

Les difficultés se présentent encore plus grandes en cas d'étranglements intestinaux dans certains orifices internes (hiatus de Winslow, orifices mésentériques) où la proximité d'éléments vasculo-nerveux importants rend la libération particulièrement délicate.

L'obstacle levé, encore faut-il juger de la vitalité de l'anse coudée ou étranglée, avant de la réintégrer dans l'abdomen.

Volvulus et torsions du côlon pelvien. — Plusieurs opérations sont possibles. La détorsion simple, opération la moins choquante, mais qui n'est possible que si la vitalité de l'anse n'est pas en cause. On lui fait deux reproches. Le premier est de ne pas empêcher la récurrence et certains auteurs ont proposé de la compléter par une colopexie, opération actuellement abandonnée ; le second est de laisser subsister un méga-

côlon. Les indications en restent donc limitées au cas où l'on est obligé d'aller vite à cause de l'état de faiblesse de la femme.

Les autres méthodes sont applicables par contre à tous les cas où l'état général est suffisamment conservé pour permettre d'envisager une thérapeutique radicale. Elles consistent uniquement en :

L'extériorisation suivie de la résection immédiate ou secondaire : opération bénigne qui évite toute récurrence et supprime l'existence du mégacôlon.

S'il s'agit seulement d'une simple coudure avec torsion incomplète de l'intestin sur la corde du ligament infundibulocolique, sans que la vitalité de l'anse soit compromise, la section pure et simple de ce ligament amènera la cessation des accidents.

Autres formes d'occlusions. — Nous n'insisterons pas sur les méthodes chirurgicales s'adressant aux occlusions par invagination intestinale, par infarctus du mésentère ou par néoplasme colique. Elles n'ont rien de particulier au cours de la puerpéralité, sinon que l'état général plus rapidement altéré qu'en dehors de la grossesse, imposera plus souvent peut-être l'emploi de méthodes simplement palliatives.

b) LES MÉTHODES PALLIATIVES :

Elles consistent essentiellement en la fistulisation intestinale, opération de nécessité à laquelle on ne recourra qu'exceptionnellement et seulement dans les cas d'occlusion avancée avec ballonnement considérable et altération profonde de l'état général.

Cette fistulisation, procédé de drainage intestinal, se fera de diverses façons :

- soit sur l'intestin grêle : entérostomie à la Witzel,
- soit sur le cæcum : cæcostomie ou appendicostomie.

Si donc, pour des raisons tenant, comme nous l'avons vu, à l'état général de la femme, on se décide à cette solution de nécessité, en l'absence de tout diagnostic de siège et de nature, ce qui est le cas le plus fréquent, on pratiquera au niveau de

la fosse iliaque droite une incision assez longue permettant d'aborder directement le cæcum.

Si celui-ci est dilaté, c'est sur lui que l'on créera l'orifice.

S'il est vide et aplati, la fistulisation se fera sur une anse grêle dilatée, la dernière avant l'obstacle si possible.

A la suite de ces fistulisations intestinales, si toutefois la malade survit, les phénomènes généraux graves d'occlusion rétrocedent. Il est alors possible d'envisager par une intervention secondaire la suppression de l'obstacle, si celui-ci existe.

Dans certains cas (occlusion paralytique du post-partum en particulier), au bout de quelques jours les selles réapparaissent, la défécation par l'anus devient de plus en plus abondante et l'orifice de fistulisation intestinale donne passage à une proportion de matières de moins en moins considérable. Il peut arriver que cet orifice se ferme seul; sinon il faut recourir à sa fermeture ultérieure, opération du reste assez simple en général, si cet orifice est étroit.

Telles sont ces différentes méthodes, chacune d'elles a ses indications respectives. Ce sont ces indications que nous allons tenter de préciser maintenant.

Conduite à tenir

Le diagnostic étant posé de façon certaine, c'est à la laparotomie qu'on aura recours immédiatement.

Le diagnostic, au contraire, restant hésitant, incertain, c'est seulement après échec du traitement médical et sous couvert d'une rachi-anesthésie, qu'on interviendra.

Dans un cas comme dans l'autre, en dehors des cas où une altération grave de l'état général impose la fistulisation intestinale de nécessité, c'est à la laparotomie médiane que l'on aura recours.

Le problème de la conduite à tenir varie cependant selon le type d'occlusion envisagé. Nous l'étudierons aux différentes phases de la puerpéralité et particulièrement à la fin de la

grossesse ; c'est à cette période en effet que se discute l'éventualité d'un traitement obstétrical associé.

1° Conduite à tenir en présence d'une occlusion de la première moitié de la grossesse.

Il faut alors considérer comme négligeable la présence de l'utérus gravide, c'est-à-dire que la ligne de conduite à adopter ne différera en rien de ce qu'elle est en dehors de la gestation, d'autant plus qu'à cette période, c'est le plus souvent à une forme d'occlusion accidentelle que l'on a affaire.

Par ailleurs, le diagnostic à cette époque étant en général posé assez précocement et avec assez de certitude, c'est le plus souvent à des interventions radicales que l'on aura recours ; puisqu'aussi bien l'état général sera bien conservé et permettra de faire le maximum.

La technique opératoire de ces occlusions accidentelles s'inspirera de la cause de l'iléus et s'adaptera à chaque cas, section des brides ou libération d'adhérences, désinvagination, résection intestinale dans certains cas.

Si, malgré tout, le début des accidents remonte à plusieurs jours, si l'état général est grave, il conviendra de s'en tenir au strict minimum : sous-anesthésie locale, une incision iliaque droite permettra d'explorer dans une certaine mesure la cavité abdominale et de s'assurer en particulier qu'il n'existe pas de volvulus.

Si le cæcum apparaît dilaté on pratiquera une cæcostomie avec mise en place de sonde.

Si le cæcum est plat, on explorera le grêle et on pratiquera une entérostomie à la Witzel sur la dernière anse dilatée.

Quoi qu'il en soit, le pronostic de ces occlusions opérées tardivement et incomplètement est particulièrement sombre.

Deux problèmes un peu particuliers sont à envisager pourtant pendant cette première moitié de la grossesse :

- le volvulus d'un mégacôlon pelvien,
- l'occlusion par rétroflexion d'utérus gravide.

Le volvulus du côlon pelvien. — a) Si l'état général est mauvais et ne permet pas d'envisager de solution radicale, la conduite la plus sûre constitue à détordre le volvulus et à s'en tenir là après avoir poussé une sonde de gros calibre jusque dans le sigmoïde. Une intervention radicale sera proposée par la suite ;

b) Si l'état général est bien conservé, une intervention plus complète peut être envisagée d'emblée. On fera le nécessaire, mais cependant le minimum, c'est-à-dire la détorsion avec extériorisation simple de l'anse. La résection ne sera pratiquée que secondairement.

c) Si, par contre, l'anse présente des lésions de sphacèle plus ou moins accentuées, l'extériorisation s'impose et la résection immédiate, si l'on veut éviter des accidents de résorption toxique. Il faut bien savoir que, dans de tels cas, le pronostic opératoire est désastreux. La mortalité atteint 72 à 75 %.

Dans tous les cas donc, quand on le peut, il est préférable de différer l'entérectomie.

La rétroflexion incarcérée d'utérus gravide. — Elle impose, elle aussi la laparotomie, c'est pas voie haute seulement qu'on peut en effet libérer les adhérences qui existent presque toujours en pareil cas et redresser l'utérus. « Sans doute, dit LARDENNOIS, il faut redresser l'utérus par manœuvres externes, si vous n'avez pas la possibilité immédiate de faire autrement. Mais ces manœuvres externes de réduction d'un utérus gravide comprimant l'intestin sont aveugles et risquées. Des adhérences peuvent exister qui arracheront peut-être la paroi intestinale oedématiée. La reposition par laparotomie méthodique est indiscutablement plus sûre. Elle permettra de détacher les adhérences et de dégager les organes sous le contrôle de la vue. L'opérateur se rendra compte de l'état de l'intestin et pourra prendre les précautions indiquées par la prudence ».

En résumé, dans ces occlusions du début de la grossesse :
— traitement radical en cas d'occlusions accidentelles, sans s'occuper de la grossesse,

— détorsion simple ou avec extériorisation en cas de volvulus du côlon pelvien, en remettant l'entérectomie à plus tard.

— libération des adhérences et reposition de l'utérus par voie haute en cas de rétroflexion incarcerated.

Cette manière de faire permet dans bon nombre de cas de laisser la grossesse évoluer jusqu'à terme.

Et, d'autre part, même si l'évacuation utérine spontanée se produit, celle-ci n'est pas dangereuse, car le travail n'entraînera pas de désordres abdominaux importants susceptibles de compromettre la sécurité de l'intervention que l'on a pratiquée.

2° Conduite à tenir en présence d'une occlusion de la seconde moitié de la grossesse.

Le problème thérapeutique se complique singulièrement à cette époque :

Du fait que le diagnostic est parfois posé tardivement et sans certitude absolue ;

Du fait également des difficultés techniques qu'entraîne la présence dans l'abdomen d'un utérus gravide volumineux. L'évacuation de celui-ci sera parfois nécessaire.

a) S'il s'agit d'occlusion rentrant dans le cadre des occlusions accidentelles, la levée de l'obstacle ne présente pas en général de difficultés particulières ; le problème reste ce qu'il était pendant la première moitié de la gestation :

— opération radicale si l'état général est conservé,

— cœcostomie ou entérostomie dans le cas contraire, après s'être enquis de l'absence de volvulus ;

b) Mais, le plus souvent à cette période, il s'agit de volvulus du côlon pelvien.

Là encore, il faut faire le nécessaire, mais également le minimum et le minimum tant au point de vue chirurgical qu'au point de vue obstétrical.

Nous ne reviendrons pas sur les indications thérapeutiques propres à ces volvulus ; elles sont celles que nous avons déjà vues :

- détorsion simple si l'état général n'est pas satisfaisant,
- détorsion avec extériorisation dans le cas contraire, en ne tentant la résection qu'en cas de sphacèle avancé de l'anse volvulée.

Qu'il s'agisse d'occlusion accidentelle ou de volvulus, un second problème se pose à cette période ; faut-il évacuer l'utérus ou non ?

La tendance actuelle tendrait à faire pratiquer systématiquement cette évacuation, afin de se donner un jour suffisant pour déterminer avec certitude la cause de l'iléus et la traiter correctement.

Nous pensons qu'il faut envisager le problème d'une façon plus éclectique et que cette évacuation systématique n'est pas de mise.

On ne touchera pas à l'utérus :

— chaque fois qu'on peut faire une intervention qui ne soit pas rendue trop techniquement difficile, du fait du volume de l'utérus ;

— chaque fois également qu'on peut faire une intervention pour laquelle on peut affirmer avec certitude que l'entrée immédiate en travail n'en compromettra pas les résultats.

C'est-à-dire :

- lorsque l'on verra bien l'obstacle,
- lorsque l'on pourra pratiquer une cure facile de l'occlusion : section de brides ou même détorsion simple d'un volvulus, sans résection, sans extériorisation, c'est-à-dire sans établissement de sutures intestinales ou intestino-pariétales, que le jeu des contractions utérines pendant le travail pourrait arracher ou dissocier.

Par contre, si l'utérus gêne l'abord de l'obstacle, si l'existence d'une anse suspecte ou déjà en voie de sphacèle impose l'extériorisation et à plus forte raison la résection immédiate

avec abouchement des deux pieds de l'anse à la paroi, l'évacuation de l'utérus par césarienne devient une nécessité absolue.

c) Reste la question des occlusions gravidiques vraies.

Avant d'affirmer au cours de la laparotomie qu'il s'agit d'une telle forme d'occlusion, due uniquement à la compression du sigmoïde par l'utérus, il importe de s'assurer qu'il n'existe pas un état de prévolvulus, une légère coudure de l'intestin sur un ligament infundibulo-colique ascensionné, auquel cas la simple section de ce ligament ou une simple amorce de décollement mésocolique suffirait à rétablir le transit intestinal.

Le diagnostic d'iléus vrai étant ainsi posé, et seule la laparotomie peut donner cette certitude, l'évacuation de l'utérus par césarienne entraînera la cessation immédiate des accidents occlusifs.

Faut-il pratiquer alors, comme le voudraient certains auteurs, en faisant état de l'atonie intestinale si marquée dans de tels iléus, un anus cæcal de décharge ? Là encore on ne peut être systématique.

Une solution logique consisterait à pratiquer pendant l'intervention une injection intra-veineuse de post-hypophyse et à constater de visu la façon dont l'intestin réagit à cette injection.

Si des contractions intestinales apparaissent, on ne prolongera pas l'intervention et l'on s'en tiendra à l'évacuation de l'utérus.

Si l'intestin ne réagit pas ou réagit mal à l'hypophyse, il peut être prudent d'établir une soupape de sûreté sous forme d'un anus cæcal.

En résumé :

— dans tous les cas laparotomie avec traitement aussi complet que possible de l'occlusion,

— évacuation utérine dans certains cas seulement lorsque il y aurait danger à laisser en place l'utérus gravide,

— ce n'est que lorsque l'état général par trop déficient constitue une contre-indication absolue à cette façon de faire qu'on se bornera à pratiquer la simple fistulisation intestinale.

3° Conduite à tenir en présence d'une occlusion du post-partum.

Là encore il convient de ne pas faire systématiquement d'intervention minima, sous forme de fistulisation intestinale, sous peine de laisser passer un volvulus ou une coudure intestinale consécutif à l'accouchement.

La laparotomie médiane s'impose donc : véritable laparotomie exploratrice, entreprise après échec de la rachi-anesthésie et de la médication chlorurée.

Ce n'est qu'en l'absence de tout obstacle visible qu'on sera autorisé à se contenter d'une fistulisation intestinale sous forme d'une cæcostomie.

OBSERVATIONS

Nous avons réuni quelques-unes des observations qui nous ont paru les plus démonstratives; la plupart ont déjà été publiées, quelques-unes sont inédites.

Nous les avons classées en :

— *Occlusions accidentelles.*

- Occlusions par brides. Obs. n^{os} I, II.
- Occlusion par étranglement interne. Obs. n^o III.
- Occlusions par invagination intestinale. Obs. n^o IV.
- Occlusions par volvulus du grêle. Obs. n^o V.
- Occlusions par volvulus du cæcum. Obs. n^o VI.
- Occlusions par infarctus du mésentère. Obs. n^o VII.
- Occlusions par néoplasme colique. Obs. n^o VIII.
- Occlusion par tuberculose entéro-péritonéale. Obs. n^o IX.
- Occlusions par torsion de kyste de l'ovaire. Obs. n^o X.

— *Volvulus du côlon pelvien.*

Obs. n^{os} XI, XII, XIII, XIV.

— *Occlusions gravidiques vraies.*

Obs. n^{os} XV, XVI, XVII, XVIII, XI X, XX, XXI.

— *Occlusions avec pyélite.*

Obs. n^o XXII.

— *Occlusions du post-partum.*

- Volvulus du côlon pelvien. Obs. XXIII.
- Occlusions paralytiques. Obs. n^{os} XXIV, XXV, XXVI.

I. — Occlusions accidentelles

OBSERVATION N° I (publiée par PASTIELS et STRAETMANS). — *Occlusion intestinale par brides.*

Mme G..., 36 ans. III^e pare, un accouchement normal il y a 7 ans, une grossesse extra-utérine à droite, il y a deux ans.

Dernières règles le 24 juin 1934; la grossesse a évolué normalement; constipation depuis le deuxième mois de la grossesse; la malade a soigné cette constipation.

Le 14 mars 1935, à 17 heures : la malade entre à la Maternité.

Etat général : bon — pas de température — pouls 76.

Se plaint de douleurs dans le bas-ventre; a eu quelques vomissements qui n'attirent pas spécialement l'attention; abdomen souple.

Examen gynécologique; pas d'effacement du col, pas de dilatation, sommet mobile au détroit supérieur; grossesse de 8 mois et demi.

On administre un lavement qui ramène deux selles.

Le 15 mars 1935, à 9 heures, les vomissements bilieux qui ont persisté pendant la nuit continuent; la malade n'a pas bien dormi, elle s'est montrée assez nerveuse. Intolérance aux liquides, fait difficilement des gaz. Température : 36°7, pouls 80 égal, régulier.

L'examen gynécologique montre que la malade n'est pas en travail d'accouchement.

La palpation de l'abdomen, qui est plus ballonné que la veille au soir, est rendue difficile par l'utérus volumineux qui atteint les fausses-côtes droites. Pas de défense musculaire; pas d'hyperesthésie cutanée, pas de tension de la paroi. La palpation est assez douloureuse dans l'hypocondre et le flanc droits, régions tympaniques à la percussion.

Pas de douleurs dans la région lombaire. Le toucher rectal n'apporte aucun renseignement complémentaire.

Examen d'urine: urine normale, pas de pyurie.

Numération leucocytaire: 14.300 dont 80 % de polynucléaires.

Un examen radiographique direct ne fournit aucun renseignement.

Un deuxième examen radiographique, après lavement baryté, montre qu'il n'y a pas d'occlusion sur le trajet des côlons.

Le 15 mars 1935, à 11 heures: l'état général de la malade s'aggrave.

Transpiration abondante, angoisse, facies péritonéal.

Le pouls reste bon, bien frappé, langue encore humide.

Les vomissements augmentent, les gaz ne passent plus du tout, le flanc droit devient très douloureux et l'auscultation de cette région permet d'entendre un tintement légèrement métallique.

Nous écartons le diagnostic de pyélite; nous ne pouvons écarter le diagnostic d'appendicite mais nous pensons qu'il s'agit plus vraisemblablement d'obstruction intestinale siégeant au niveau de l'intestin grêle et nous décidons d'intervenir.

Le 15 mars 1935, à 15 heures: intervention Docteurs Leunckens, Straetmans.

Anesthésie générale: Chlorure d'éthyle-Bal-soforme.

Incision à droite, d'une dizaine de cms, le long du bord externe du grand droit, fortement rejeté vers l'extérieur par l'utérus gravid.

A l'ouverture du péritoine, un liquide louche, peu abondant, s'écoule: les anses grêles sont congestionnées, par places très dilatées et de coloration vineuse; deux anses grêles reliées entre elles par une bride conjonctive, de coloration normale, longue de 5 cm., large de 1/2 cm. très résistante et très tendue, cachent le cæcum; l'incision de cette bride permet de dégager le cæcum et de repérer l'appendice; celui-ci, rétrocæcal, ne paraît pas très enflammé: appendicectomie. L'intervention se passe sans incident. Fermeture de la paroi en trois plans, crins à la peau. L'état général de la malade est relativement bon après l'intervention; injection tonocardiaque, de chlorhydrate de M., dans le but d'éviter le déclenchement du travail, sérum hypertonique I. V.

Le 16 mars 1935, l'état général de la malade est amélioré.

A 8 heures: température 38°, pouls 110 égal, régulier.

Quelques gaz, les vomissements ont cessé, abdomen moins ballonné, langue humide.

Thérapeutique: tonocardiaque, vaccin Bruschetti polyvalent, sonde rectale.

A 11 heures: la malade commence son travail d'accouchement: à ce moment, le col est en voie d'effacement; dilatation: 50 cm., sommet fixé au détroit supérieur. Les contractions se succèdent irrégulièrement, la malade ressent de fortes douleurs lombaires pendant le restant de la journée et pendant la nuit; la dilatation n'avance pas.

Le 17 mars 1935: Etat général guère amélioré; malade très fati-

guée; l'abdomen est cependant de plus en plus souple; langue humide, gaz.

Température : 38°2, pouls : 104.

Toucher: col presque effacé; dilatation: 2 fr.; bruits fœtaux inaudibles; on décide de provoquer l'accouchement.

11 heures: mise en place selon le procédé habituel, de la sonde.

A 12 heures: début du travail.

A 15 heures: rupture artificielle de la poche des eaux.

A 16 heures: application de forceps en OIGA sur tête au détroit supérieur; naissance d'un enfant vivant pesant 2 kg. 650. Délivrance normale; écoulement sanguin minime. Etat général bon de suite après l'accouchement. Thérapeutique: Sérum chloruré hypertonique. Tonicardiaques, glace sur le ventre.

Le 18 mars 1935: malade va bien, même thérapeutique.

Le 19 mars 1935: la température monte: 38°9; les lochies ne s'écoulent pas; injection intra-utérine et gynergène.

Les suites de couches furent normales à partir de ce moment.

Rétablissement rapide de la malade qui est venue nous revoir un mois après sa sortie de la Maternité, complètement rétablie.

Un nouveau transit baryté s'est effectué normalement, à cette date.

OBSERVATION N° II (rapportée par VERMELIN, ROTHAN, RICHON. —

Occlusion intestinale au cinquième mois de la grossesse; opération; guérison.)

Mme T. H..., 21 ans. I pare.

Réglée à 13 ans et toujours régulièrement. Elle entre au cours de l'année 1936 dans le service du Pr Hamant, pour appendicite aiguë. Opération d'urgence, drainage et, après quelques jours inquiétants, la situation s'améliore et la femme quitte le service au bout de trois semaines en bon état.

Cette femme se marie en février 1937, et voit ses dernières règles du 5 au 10 avril.

La grossesse se développe normalement sans incidents.

Le 4 octobre à minuit, la femme est saisie brusquement de violentes douleurs abdominales avec vomissements alimentaires. Un médecin appelé, pense à un début d'avortement, fait une piqûre de morphine.

Revue le lendemain par son médecin, et les douleurs abdominales persistant, la femme est dirigée sur la Maternité, dans l'après-midi.

Le 4 octobre à 18 heures, à l'entrée, on constate une grossesse de 5 mois, normale, avec fœtus vivant. Le col est fermé, la femme

ne perd pas de sang. Le ventre est souple; points douloureux dans la région épigastrique et au niveau de l'ancienne cicatrice appendiculaire. Les douleurs se calment, la femme a une selle normale dans la nuit et ne souffre plus.

Le 5 octobre au matin, la femme est calme, reposée, le ventre est souple, non douloureux. Dans l'après-midi, nouvelle crise douloureuse qui dure 1 à 2 heures et qui s'amende dans la soirée. La femme a des gaz, va à la selle et urine normalement.

Dans la nuit du 5 au 6 octobre, vers 3 heures du matin, nouvelle crise douloureuse beaucoup plus intense, à tendance syncopale accompagnée de nausées et de vomissements.

Au matin, le ventre est ballonné, très douloureux, des contractions péristaltiques sont visibles sous la paroi. Vomissements continuels aqueux et bilieux, nez pincé, facies angoissé. On pose le diagnostic d'occlusion intestinale et on décide d'intervenir immédiatement.

A 11 heures, intervention.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. On libère dans la région du cæcum des multiples adhérences et on sectionne plusieurs brides épaisses au centre d'un gâteau d'anses intestinales agglutinées tout autour du cæcum.

L'intestin grêle est distendu à partir d'une zone située environ à 50 cm. du cæcum, mais garde une coloration rose normale.

On constate que le grand épiploon est ramassé en un cordon épais qui adhère à la paroi au niveau de l'ancienne cicatrice appendiculaire et forme une véritable corde autour de laquelle est venue s'enrouler une fois et demi l'intestin grêle.

Détorsion de ce volvulus. Les gaz passent de nouveau. Péritonisation à deux endroits sur une anse grêle. Sérum chaud sur l'intestin. Fermeture de la paroi en deux plans.

On fait une piqûre de morphine immédiatement. Dans l'après-midi contractions douloureuses que l'on craint être des contractions utérines.

Spasmalgine toutes les deux heures. 1 cgr. de morphine dans la soirée.

Au cours de la nuit, agitation très grande qui cède au matin. Quelques gaz dans la matinée du 7 octobre et dans la journée. Deux selles dans l'après-midi du 8 octobre.

L'état général va en s'améliorant et la femme quitte la Maternité au quinzième jour en très bon état.

OBSERVATION N° III (rapportée par MM. Fernand MASMONTEIL et Jean VAUTIER. — *Occlusion intestinale au cours d'une grossesse. Etranglement du sigmoïde dans une brèche du ligament large*).

Histoire clinique. — Mme V..., début par des douleurs à type expulsif le jeudi soir, soit trois jours et demi auparavant. Aggravation dans la nuit de dimanche. Douleurs de plus en plus vives. Deux vomissements. La malade entre à 8 heures à la Maison de Santé. Ventre ballonné dans la région sous-ombilicale (zone du transverse), la fosse iliaque gauche. Toucher rectal : négatif. Le toucher vaginal montre l'existence d'une grossesse de six mois apparemment normale. La malade n'a pas été à la selle depuis le jeudi soir et n'a rendu aucun gaz depuis le dimanche soir.

Une première radio en position verticale, sans préparation montre l'existence d'une anse distendue qui pourrait être une anse grêle et qui sera reconnue plus tard comme le sigmoïde. Le côlon ascendant et le transverse sont distendus et l'on perçoit déjà quelques niveaux de liquide.

Le Dr Chomé, appelé en consultation, assiste à l'examen.

Lavement baryté. Celui-ci ne franchit pas le sigmoïde. Le cli-ché pris à ce moment montre en plus une anse volumineuse distendue qui semble étranglée à sa base. C'est le sigmoïde. Un nouvel examen fait après l'intervention montre que l'anneau d'étranglement est parfaitement visible au bas de l'anse sigmoïdienne. Une nouvelle radio faite deux heures plus tard révèle également la présence de niveaux de liquide, aussi l'opération est-elle décidée et pratiquée d'urgence.

Protocole opératoire. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est refoulé à droite, et l'anse sigmoïde très longue, distendue, un peu congestionnée et rouge, recouvre la partie antéro-latérale gauche de l'utérus. Cette anse s'est engagée à travers une brèche du ligament large gauche. L'anneau d'étranglement, très lâche, est constitué en haut par le ligament rond et la partie interne juxta-viscérale du pédicule ovarien gauche. Son bord interne est limité par l'utérus ; son bord inférieur, par le bas du ligament large ; son bord externe, par la trompe qui adhère à la paroi pelvienne. Il semble que ce soient les adhérences de cette trompe qui ont tendu le ligament et permis son effondrement par l'anse sigmoïdienne. Cet effondrement s'est produit progressivement et le dernier engagement est survenu au cours de la dernière nuit. L'anneau est peu serré, aussi peut-on agir sans le sectionner. L'anse est refoulée en arrière et dégagée. On hésite

pour savoir si on sectionnera le pédicule ou si on aveuglera simplement la brèche. On se résout à cette dernière tactique, car on redoute que la section du pédicule très gros, entraîne un accouchement prématuré. Une sonde, poussée dans le rectum permet de vider l'S iliaque qui peut alors reprendre sa place derrière l'utérus.

Suture en trois plans au lin avec deux bourdonnets.

Après l'opération : vomissements noirâtres.

Suites opératoires sans incident ; la malade quitte la clinique le seizième jour.

OBSERVATION N° IV (inédite) (Service du Professeur GREGOIRE). —
Invagination aiguë de l'intestin grêle chez une femme enceinte de 8 mois.

Madame R..., 25 ans II pare, entre dans le service le 24 février 1937 pour un syndrome abdominal aigu à type occlusif datant de la veille, survenant au 8^e mois d'une grossesse jusque là très bien supportée.

Dans ses antécédents, on trouve des accidents de tuberculose pulmonaire, avec hémoptysies récentes.

Le début de l'affection a été marqué par une douleur extrêmement brutale dans la région épigastrique, douleur ayant persisté avec des alternatives d'accalmie et d'exacerbations.

En même temps survenaient des vomissements d'abord alimentaires, mais qui à l'arrivée de la femme dans le service avaient un caractère nettement fécaloïde.

A l'entrée : on trouve cette femme en état de collapsus algide extrêmement marqué, n'ayant ni selles, ni gaz, vomissant abondamment.

A l'examen : grossesse de 8 mois, mais dans la région paraombilicale gauche, on note l'apparition d'ondulations péristaltiques visibles sous la paroi.

Le diagnostic d'occlusion est porté sans plus de précision et l'on intervient immédiatement.

Intervention (Dr Baumann). Anesthésie locale.

Médiane sus et sous-ombilicale.

On trouve des lésions de péritonite tuberculeuse (granulations sur le péritoine et sur le grêle).

Mais surtout, une invagination de la partie moyenne du grêle, sur une longueur de 30 cm. environ. Désinvagination facile par expression. Le grêle présente une zone menacée de splacèle, qu'on enfouit. Les granulations tuberculeuses sont particulièrement abondantes au niveau de l'anse invaginée.

Fermeture en deux plans.

La malade est décédée quelques heures après.

OBSERVATION N° V. (rapportée par VANVERTS et PALLIEZ. — *Occlusion par volvulus du grêle chez une femme enceinte de 5 mois*).

— Femme de 30 ans, secondipare.

— Pas d'antécédents pathologiques à signaler.

— Le début de la grossesse a été normal.

— Au 5^e mois, en allant à la selle, la femme ressent brusquement des douleurs violentes dans la partie médiane de l'abdomen, s'accompagnant de vomissements.

Elle entre à l'hôpital quelques heures plus tard, à ce moment, le facies est pâle, la température à 37°5, le pouls à 85.

Il n'y a plus de vomissements, la femme accuse simplement une douleur dans le bas-ventre.

L'utérus est très douloureux à la palpation ; il remonte à 3 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Il est uniformément dur et tendu, sans périodes de relâchement. Les bruits du cœur ne sont plus perçus.

Il n'existe par ailleurs aucun signe appendiculaire, ni de ballonnement du ventre.

Au toucher vaginal : le col est ramolli, mais non modifié.

Le segment inférieur est très dur. Pas de pertes de sang.

On pense à un décollement prématuré du placenta et l'on fait une injection de morphine. La douleur diminue. La femme se sent mieux. Mais dans la nuit surviennent des vomissements abondants et une diarrhée fétide et profuse.

Le lendemain : facies terreux, pouls à 130, température à 37°7.

Les douleurs abdominales reprennent.

Le ventre est très ballonné, surtout dans la région sus-ombilicale. On note une disparition de la matité pré-hépatique. Tout l'abdomen est douloureux à la palpation.

On porte le diagnostic de péritonite sans en préciser l'origine.

Laparotomie médiane. Anesthésie générale à l'éther.

A l'ouverture du péritoine : issue de liquide louche en abondance, avec des fausses membranes.

L'appendice, l'estomac sont sains. L'utérus gravide est normal. La terminaison du grêle et le côlon sont rétractés tandis que le reste du grêle est dilaté.

En passant la main derrière l'utérus, on amène une anse grêle violacée qui présente une torsion. La torsion étant supprimée, on constate, l'existence d'un sillon d'étranglement sur les deux extrémités de l'anse. Celle-ci se contracte et laisse passer les gaz.

Cette anse paraissant avoir une vitalité relative, et d'autre part, étant donné l'impossibilité de l'amener au dehors du fait de la présence de l'utérus gravide du fait de la contre-indication à la résection chez cette femme à état général altéré, on se décide à refermer sans drainage.

Dans le courant de la journée, expulsion d'un fœtus mort de 5 mois. Plus de vomissements, ni de douleurs.

Le lendemain, les vomissements reprennent. L'état général s'altère, la température est à 38°, le pouls à 110. Une amélioration se produit cependant dans les jours suivants : plus de vomissements, mais une diarrhée fétide.

3 jours plus tard l'état général est meilleur, le ventre est souple, la diarrhée a cessé et cette amélioration persiste 4 à 5 jours.

Après ce temps de violentes douleurs abdominales surviennent, des vomissements réapparaissent, la température s'élève à 39°5, le pouls s'accélère à 120. On ne voit la femme que 48 heures après cette reprise.

On se trouve alors devant un tableau de péritonite généralisée : le ventre est très ballonné, extrêmement douloureux au moindre contact. La matité hépatique a disparu. Les vomissements deviennent fécaloïdes, l'arrêt des matières et des gaz est absolu. La température atteint 39°5, le pouls devient petit, s'accélère à 140.

On réintervient. Boutonnière à la paroi : il s'écoule du liquide sale d'odeur fécaloïde. On se contente de drainer. Dans la journée du lendemain l'état général continue à décliner. Le pouls est à 160. La mort survient dans la nuit.

OBSERVATION N° VI (obligeamment communiquée par les Docteurs DUBOUCHET et JAHIER, d'Alger. — *Volvulus du cæcum au début du 7^e mois : réduction et fixation, puis cæcostomie ; avortement ; mort*).

Femme de 28 ans, arrivée au début du 7^e mois de la grossesse, qui depuis quelques heures souffre violemment du ventre a vomi et présente à droite de l'abdomen une « grosseur » importante qui s'est développée très vite. Les selles et les gaz se sont arrêtés dès le début des accidents ; les vomissements ont cessé.

Le ventre présente, à droite, la déformation classique du volvulus du cæcum par mouvement de charnière sur l'angle droit ; volumineuse tumeur étendue de l'hypocondre droit à l'hypogastre, ovoïde à grand axe dirigé vers la symphyse pubienne, sonore en son point culminant, mate en ses points déclives donnant le phénomène du clapotis et de la fausse ascite, couvrant la face droite d'un utérus gravide dont le bord disparaît derrière elle.

Ce volvulus est irréductible à la main, derrière une paroi tendue sous la douleur ; les variations de position de la malade n'ont pas davantage de succès. Le transport à la maison de santé et les mouvements nécessités par lui n'ont aucun effet de détorsion (à l'encontre de ce que j'ai observé une autre fois chez une femme non enceinte et dont le volvulus-charnière se réduisit pendant le transport).

A l'anesthésie générale, incision para-rectale droite, détorsion et fixation par quelques points de l'anse réduite. Celle-ci, en très bon état, se vide partiellement par expression douce.

Les suites opératoires sont bonnes, l'utérus morphiné ne se contracte pas anormalement.

Mais le cæcum ne se vide pas et les gaz eux-mêmes ne sont pas rejetés par l'anus.

La situation se prolongeant et l'intestin grêle continuant à se distendre, on désunit partiellement l'incision pariétale, trouve immédiatement derrière le cæco-côlon à paroi saine mais encore très distendu bien qu'il soit en position correcte, le suture à la paroi le ponctionne et le vide (sonde).

24 heures après l'utérus reste quiescent ; l'état général est relativement bon ; le cæcum s'est complètement vidé et le ventre s'est affaissé : on palpe parfaitement l'utérus.

Dans la nuit suivante l'avortement se produit, rapide et spontané sans hémorragie ni rétention ; au matin l'état de la malade s'est considérablement modifié. Elle est dans un état de choc qui, bien que vigoureusement traité ne s'améliore pas et la mort se produit dès le lendemain, 36 heures après l'avortement.

(L'absence de vidange du cæcum, après réduction était vraisemblablement due à l'existence, comme je l'ai constaté une autre fois, à l'intervention d'adhérences transversales épaisses et larges cravant l'angle droit et le début du côlon transverse et affaissant la lumière intestinale. Les adhérences se développent au-dessus du point de charnière de l'intestin sous les tractions répétées par des tentatives antérieures nombreuses de volvulus-charnière).

OBSERVATION N° VII (publiée par MM. A. LAFFONT, R. GARES et Ed. LAFFONT. *Infarctus du Mésentère au cours de la grossesse*).

Indigène de 35 ans. A déjà présenté 4 grossesses terminées par des accouchements normaux. Enfants vivants.

Adressée à la maternité pour sub-occlusion et grossesse, le 6 septembre à 10 heures du matin.

Grossesse au 7° mois ayant évolué jusque là normalement.

La nuit précédente (à minuit) la malade a été prise brutale-

ment de douleurs abdominales intenses, et de plus en plus violentes et rapprochées. A 7 heures du matin elle fait appeler un médecin qui ordonne son hospitalisation d'urgence.

A l'arrivée à l'hôpital : malade très fatiguée, pouls à 140, petit, mais régulier. T. 37°, sueurs profuses, extrémités refroidies, facies très altéré, légère dyspnée, cœur et poumons normaux.

Abdomen : distendu modérément ; tympanique, mais souple et permettant la palpation de l'utérus que l'on délimite bien et qui est de consistance normale.

Le toucher vaginal ne révèle rien de particulier.

On ne perçoit pas les bruits du cœur fœtal.

La malade nous signale alors que depuis la veille elle ne sentait plus les mouvements du fœtus.

La malade présente des vomissements. Elle nous dit qu'elle a absorbé avant son arrivée 30 gr. de sulfate de soude.

On réchauffe la malade, sérum physiologique : 1 litre, lavement purgatif qui ramène une selle copieuse, sans caractères particuliers.

Huile camphrée, péristaltine, sérum hypertonique intraveineux. Tout semble rentrer dans l'ordre.

Cependant à 15 heures, les douleurs réapparaissent, l'état général redevient alarmant.

L'abdomen est toujours ballonné.

On pratique des lavements de sérum hypertonique et des injections intra-veineuses de sérum hypertonique, puis à 18 heures un lavage d'estomac qui ramène une grosse quantité de liquide bilieux sale, non fétide.

Légère amélioration.

A 21 heures : les douleurs reprennent plus violentes.

L'état général est de plus en plus alarmant. L'abdomen est très distendu par des anses para-ombilicales, et par un cadre colique des plus nets.

On essaie encore de remonter la malade. Rien ne fait. Le pouls est imperceptible, la malade est glacée, dans le coma. La mort survient rapidement dans le collapsus.

Rapidement : laparotomie, incision de l'utérus qui permet d'extraire un enfant mort et légèrement macéré.

Surtout, l'abdomen est rempli de sang, noirâtre, filant, fétide.

Toute la masse intestinale, ainsi que le cadre colique et le sigmoïde sont le siège d'un infarctus typique qui déborde largement sur le mésentère.

L'examen macroscopique des vaisseaux (mésentériques, coliques) ne montre aucune thrombose.

Il semble qu'il s'agisse d'un infarctus mésentérique sans lésions vasculaires, en outre : la rate, le foie, les reins sont normaux.

OBSERVATION N° VIII (inédite) (communiquée par les Docteurs DUBOUCHET et JAHIER. *Occlusion par néoplasme de l'angle gauche du côlon vers la fin du 7^e mois : cœcostomie, accouchement près du terme ; traitement ultérieur, aussi rapproché que possible de la lésion intestinale. Mort*).

Femme de 42 ans, constipée, qui présente des signes d'obstruction-occlusion depuis 35 heures. Le grêle est dilaté, modérément et le cæcum, volumineux, est palpable et percutable. Ni selles, ni gaz ; quelques vomissements après les tentatives d'alimentation. Toucher rectal négatif. Probabilité de néoplasme colique.

Cœcostomie à l'anesthésie locale avec ponction de l'anse retardée de quelques heures (sonde intestinale).

L'élimination des gaz amène une détente. L'ouverture large de l'anse 3 jours après l'intervention permet la vidange intestinale.

La grossesse suit son cours et l'accouchement se produit spontanément, un peu avant le terme. Suites normales.

Un examen radiologique montre un arrêt du lavement baryté à l'angle gauche des côlons et dès que la malade est rétablie de son accouchement elle subit à l'anesthésie rachidienne l'ablation, assez difficile, d'un épithélioma colique volumineux. Mort de choc post-opératoire.

OBSERVATION N° IX (inédite) communiquée par les Docteurs DUBOUCHET et JAHIER. *Occlusion aiguë du grêle par tuberculose entéro-péritonéale au début du 8^e mois: entérostomie. Survie permettant l'accouchement. Mort rapide*).

Une multipare de 37 ans, au 8^e mois d'une grossesse, souffrant depuis longtemps de phénomènes abdominaux sous forme de douleurs diffuses et de syndrome de König avec diarrhée irrégulière, voit son ventre brusquement augmenter de volume et la douleur devenir intense et continue. Des vomissements apparaissent presque aussitôt, alimentaires, aqueux, bilieux, non fécaloïdes.

Le ventre, trop gros pour une grossesse de 7 mois révolus, hypersonore et saillant dans la région péri-ombilicale, mat dans les flancs, laisse percevoir sous une paroi très amaigrie des anses grêles dilatées au-dessus du corps utérin. Au toucher rectal, signe de Hochneg. Pas de selles ni de gaz depuis plus de 24 heures ; pas de mouvements péristaltiques ; pouls rapide ; facies amaigri et mauvais: occlusion aiguë du grêle à la phase asystolique de l'intestin.

L'obstacle paraît localisable cliniquement vers la fin du grêle ; aucun examen radiographique n'est possible.

La nature de l'obstacle est imprécise ; l'état général diminué depuis longtemps, s'est aggravé du fait de la grossesse qui ne s'est accompagnée d'aucune phase floride, même au début. L'auscultation pleuro-pulmonaire, difficile, imprécise, n'apporte aucun élément d'appréciation. Les diagnostics envisagés sont ceux de tuberculose ou de cancer iléo-cæcal.

Après anesthésie locale une incision médiane sus et sous-ombilicale est pratiquée ; un liquide séreux abondant s'écoule et les anses grêles moyennement dilatées se présentent couvertes de granulations tuberculeuses (vérification histologique ultérieure).

Des ulcérations intestinales multiples siègent sur la ligne d'insertion mésentériques. Toute exploration large de l'abdomen est impossible. Attirant l'anse grêle, la plus accessible, vers le bas, on la fixe à la paroi et la fistulise sur une sonde (opération de nécessité).

Les suites opératoires sont relativement faciles et la grossesse suit son cours. Mais il faut bientôt lutter contre les altérations des téguments par les ferments alcalins de l'intestin.

La nutrition est mauvaise, l'état général décline d'autant plus vite qu'il existe des lésions pulmonaires importantes qui évoluent.

On discutait de l'accouchement provoqué quand celui-ci se produit spontanément au cours du 9^e mois.

Les suites de couches sont normales quant à l'évolution locale mais elles sont désastreuses sur l'état général. La mort se produit cinq semaines après.

En somme tuberculose entéro-péritonéale et pulmonaire en évolution ayant conduit à l'occlusion du grêle et ne laissant aucun espoir maternel. La règle du tout pour l'enfant a été suivie et pour parer à toute éventualité une césarienne sub-terminale avait même été envisagée.

OBSERVATION N° X (publiée par BOHLER. *Occlusion par kyste de l'ovaire tordu au 4^e mois d'une gestation*).

Femme de 30 ans, prémigeste, sténose mitrale ; grossesse au 4^e mois, kyste du parovaire gauche, lésion cardiaque bien compensée. Depuis 2 mois, douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Il y a 48 heures, à l'occasion d'un effort physique, apparition brusque de douleurs violentes au même endroit. A l'examen, on palpe une tumeur kystique douloureuse, de la taille d'une tête d'enfant, bloquée dans la partie supérieure gauche de l'abdomen.

Diagnostic : kyste tordu de l'ovaire gauche, grossesse au 4^e mois.

La femme est préparée à la laparotomie qui doit être exécutée

le lendemain. Mais au début de la nuit, les douleurs s'accroissent brusquement et peu de temps après la femme commence à vomir : vomissements biliaires et copieux qui se répètent jusqu'au lendemain matin. Arrêt complet des gaz et des matières. Dans la fosse iliaque gauche, on constate la présence d'une anse intestinale, fortement dilatée et animée de légers mouvements péristaltiques.

Diagnostic : occlusion intestinale en rapport direct avec la torsion d'un kyste ovarien.

A l'intervention, on trouve, logé dans la moitié gauche de l'abdomen, un kyste des dimensions d'une tête dont la surface est parsemée de grands placards de nécrose verdâtre. Le pédicule tordu est court, massif, et comprend la trompe, le ligament large et le pédicule spermatique.

L'ovaire œdématié, de la taille d'une mandarine, est couché sur la surface antérieure du pédicule. La torsion s'est effectuée du dehors vers le dedans. Le sigmoïde au croisement de la ligne innominée, est fortement attiré vers le pédicule de la tumeur et coudé de façon à oblitérer complètement la lumière intestinale.

L'anse sigmoïde dilatée jusqu'aux dimensions d'un bras d'adulte, est couché entre la tumeur et l'utérus gravide.

La paroi intestinale, à part de nombreuses hémorragies sous-séreuses, ne présente pas de lésions. Le reste du côlon et la portion distale de l'iléon sont nettement dilatés à leur tour.

Intervention. — Ablation de la tumeur et des annexes gauches. Elle est compliquée par le fait que vers le haut, la tumeur a contracté des adhérences étendues avec l'épiploon, et par la circonstance que la dissection du pédicule exige de grandes précautions à cause du rapprochement du sigmoïde.

Suites opératoires simples.

La grossesse continue à évoluer normalement à la sortie de la malade.

II. — Volvulus du côlon pelvien

OBSERVATION N° XI (rapportée par J.-Ch. BLOCH et R. KOHN. *Gestation compliquée de phlébite et d'occlusion intestinale aiguë par volvulus du côlon pelvien. Laparotomie. Détorsion. Résection secondaire du côlon. Guérison.*).

Mme K..., au 7^e mois 1/2 d'une grossesse compliquée depuis 10 jours d'une phlébite droite immobilisée, présente brusquement le 10 novembre 1931 des signes d'occlusion intestinale aiguë.

A 10 heures du soir ces signes d'occlusion sont au complet : arrêt absolu des matières et des gaz, vomissements bilieux, état gé-

néral touché avec hypothermie relative, 38° et accélération du pouls à 120.

L'abdomen est très fortement météorisé, il existe des mouvements péristaltiques visibles sous la paroi abdominale. Bref le diagnostic s'impose, mais la cause de l'occlusion reste mystérieuse et comme il existe des antécédents plus ou moins nets d'appendicite, on pense qu'il s'agit d'un iléus par bride et avec des précautions dues à la possibilité d'embolie, on décide l'intervention d'urgence. Celle-ci est pratiquée le soir même sous-anesthésie générale à l'éther.

Incision médiane sous et latéro-ombilicale.

Dès l'ouverture de l'abdomen on découvre des anses très fortement météorisées. La dilatation porte sur la totalité des anses, côlon y compris.

Extériorisation de l'utérus et on constate alors que le descendant lui-même est dilaté. On se porte vers le côlon pelvien et on le trouve tordu sur lui-même de deux tours, sans lésion importante de la zone stricturée.

Détorsion du volvulus. Une sonde introduite par l'anus permet l'issue d'une quantité considérable de gaz et de matières.

Vu l'état général de la femme on s'en tient là et l'on ferme en un plan aux crins.

Le lendemain, la situation s'est aggravée, la femme est dans un état septicémique : la température est à 39°5. Une nouvelle phlébite se déclare à gauche et l'on immobilise le membre gauche.

Le 12 au soir la température monte à 40°5. Le pouls est à 160-180. La situation paraît désespérée et une immunotransfusion (strep-tocoque) est pratiquée le 13 au matin, une seconde le 13 au soir.

Cette double transfusion n'a produit qu'une amélioration passagère. Le pouls est mieux frappé mais toujours à 170, la température se maintient à 40°5.

M. Devraigne, appelé en consultation, pense que la grossesse est interrompue et que l'évacuation de l'utérus va se faire spontanément. Dans la nuit du 13 au 14, en effet, accouchement d'un enfant mort.

Cet accouchement est suivi d'une véritable résurrection. La malade se sent immédiatement beaucoup mieux, le pouls se ralentit, elle reprend immédiatement connaissance.

Le 14 : le pouls est à 100, la température à 39°.

L'abdomen s'aplatit et la femme rend des gaz.

48 heures après, le pouls est à 80. La température est tombée à 37°5 et la convalescence commence sans incidents.

Au 40° jour, la femme se lève, l'amélioration se poursuit de jour en jour.

Vers le début d'avril une petite crise douloureuse inquiète la

femme. Une radiographie après lavement baryté montre que le côlon n'est pas tordu et qu'il n'existe pas d'occlusion. Malgré tout on préfère ne pas attendre et le 12 avril 1932 on décide de pratiquer la résection colique.

Incision de Mac Burney gauche. Extériorisation du côlon pelvien et adossement des deux pieds de l'anse en canon de fusil sur une longueur de 5 cm. environ.

Le 15 avril : résection extra-péritonéale de l'anse extériorisée.

Le 23 : pose de l'entérotome de Dupuytren.

Le 30 : chute de cet entérotome.

Le 2 mai : apparition de selles par l'anus.

Le 23 mai : pose d'un nouvel entérotome pour section d'un petit épéron résiduel.

Le 13 juin : fermeture extra-péritonéale de l'anus.

Guérison per primam sans incidents.

La femme revue depuis ne présente plus aucun trouble.

OBSERVATION N° XII (rapportée par HAMANT et VERMELIN. *Volvulus d'un mégacôlon au 8^e mois de la gestation. Intervention. Mort*).

Mme M..., 30 ans, ne présente rien dans ses antécédents héréditaires qui soit digne d'intérêt. Toujours en bonne santé, elle a été réglée à 14 ans, sans douleurs, mais chaque 21 jours : règles assez abondantes non douloureuses.

Mariée en 1935, elle voit ses dernières règles du 20 au 25 février 1937, toutefois le 12 avril elle perd un peu de sang pendant deux jours et c'est cela même qui la fait consulter.

L'examen général de cette femme grande et mince démontre l'existence d'une augmentation notable du corps thyroïde. Elle a toujours été d'une constipation opiniâtre et considérée comme une aérophagique en raison d'une distension permanente de son intestin.

Le 17 avril on porte le diagnostic de grossesse utérine de 5 semaines environ, bien en accord par conséquent avec la date des dernières règles. La gestation évolue sans incident jusqu'au 4^e mois et l'intestin fonctionne relativement bien à l'aide de laxatifs légers. Vers cette époque on constate que l'utérus est plus développé que normalement et l'on se demande s'il ne s'agit pas d'une grossesse gémellaire.

Au début d'août, alors que cette femme est en vacances, elle est prise de douleurs abdominales, qui à ce moment furent rattachées à une menace d'avortement, douleurs ayant cédé à la spasmalgie.

En septembre en raison de l'excès de volume de l'utérus elle est radiographiée et cette radiographie confirme l'hypothèse de grossesse gémellaire.

Au début d'octobre on note l'existence d'un excès de liquide paraissant localisé à l'un des œufs. Le premier fœtus est en présentation du sommet amorcé, le second est en présentation longitudinale avec siège dans la fosse iliaque gauche. On recommande le repos le plus grand possible, une alimentation lacto-végétarienne. L'intestin se libère à peu près régulièrement soit par laxatifs légers, soit plutôt par lavements répétés.

Le 6 novembre vers 11 heures, un examen obstétrical, est pratiqué, la hauteur utérine est de 33 cm. au-dessus du pubis, l'utérus assez large est fortement rejeté vers la droite, à gauche la masse intestinale est logée dans le flanc, mais il existe un météorisme localisé à la branche horizontale du côlon.

L'intestin a bien fonctionné le matin même. La situation des 2 fœtus s'est sensiblement modifiée : le premier a commencé l'engagement de sa tête, quant au second il a évolué, sa tête est en bas au-dessus de la symphyse, directement en avant de son jumeau. Pas d'œdème, pas d'albuminurie.

Dans l'après-midi, vers 16 heures, la femme éprouve quelques douleurs abdominales irrégulières durant une heure environ.

Dans la soirée vers 20 heures, des douleurs abdominales violentes reparaissent espacées de 5 à 10 minutes.

Appelé à ce moment, on est de suite frappé de la violence de ces douleurs à localisation exclusivement sacro-lombaire gauche, il n'y a aucune contraction utérine, par contre on note que depuis le matin le météorisme intestinal s'est accentué. Depuis midi il n'y a eu ni selles, ni gaz. On songe donc à des phénomènes de subocclusion et l'on fait une injection de spasmalgine en même temps que l'on conseille le décubitus latéral et ventral.

Après environ une heure de calme, les douleurs reprennent avec une violence extrême et le transfert à la maternité est décidé. A l'examen d'entrée vers 21 h. 30 on note mieux encore l'énorme météorisme de l'abdomen localisé à tout le côté gauche jusque dans la région dorsale. L'utérus est repoussé vers la droite et se trouve bordé au-dessus et latéralement par l'intestin dilaté, les douleurs sont intenses et toujours avec la même localisation sacro-lombaire. On pense à la possibilité d'un syndrome abdominal aigu, et l'on fait une injection d'adrénaline qui n'apporte aucun soulagement. Le diagnostic s'oriente alors plus franchement vers celui d'occlusion intestinale et il est d'ailleurs confirmé par l'apparition de mouvements péristaltiques visibles sous la paroi abdominale.

L'intervention est alors décidée et pratiquée à 22 h. 30. Lapa-

rotomie médiane sus et sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine l'intestin fait hernie : en réalité il s'agit d'un mégacôlon descendant et sigmoïde tordu 3 fois sur lui-même, la torsion ayant comme point de départ le mésosigmoïde. Le côlon est énorme, gros comme un tuyau de poêle, il est rosé, mais au niveau du méso la circulation veineuse est interrompue et la coloration à ce niveau est plus foncée.

Après détorsion, on essaie sans succès de faire passer une sonde rectale jusque dans le sigmoïde, on pense alors à extérioriser une anse assez volumineuse pour réaliser secondairement une colectomie. Toutefois en raison de la proximité de l'accouchement et de la possibilité d'un déclenchement prématuré de celui-ci, on préfère réintégrer le tout après ponction à l'aiguille du côlon de manière à en favoriser la réintégration.

On verse 40 cc. de sérum anticolibacillaire dans le péritoine et on ferme la paroi en 3 plans.

Quelques heures après l'intervention des gaz sont évacués en assez grande quantité par l'intermédiaire de la sonde rectale. Infections intra-veineuses de sérum salé hypertonique à 20 %.

Dans l'après-midi du 7 novembre, il y a eu une petite selle spontanée, malheureusement l'état de shock qui a suivi l'intervention s'accroît dans la soirée, le pouls est incomptable et cette femme meurt le 8 novembre à 2 heures du matin soit un peu plus de 24 heures après l'intervention.

OBSERVATION N° XIII (rapportée par BANZET. *Volvulus du côlon pelvien et grossesse*).

Mme S..., 42 ans, est enceinte de huit mois.

C'est sa 5^e grossesse. Elle a eu jusqu'à présent quatre grossesses qui ont évolué sans le moindre incident, et se sont terminées par des accouchements normaux. La grossesse actuelle s'est déroulée normalement jusque là, lorsque le 16 avril à 2 heures du matin la malade est prise de douleurs abdominales violentes à type de coliques. Elle pense à un début de travail, bien que ces douleurs ne ressemblent pas aux douleurs d'accouchement auxquelles elle était accoutumée.

Elle est vue par le Dr Laënnec qui la fait transporter en clinique.

A 16 heures l'état de la malade est le suivant : les douleurs n'ont pas cessé depuis le matin. Elles ont une allure continue, mais sur ce fond de douleurs supportables, se détachent des crises paroxysmiques atrocement douloureuses. Depuis le début des accidents il n'y a eu aucune selle, ni gaz. Pas de vomissements, mais depuis une heure ou deux s'est installé un état nauséux accentué.

Aucune modification de l'état général : bon facies.

L'examen de l'abdomen permet de recueillir des signes extrêmement fructueux : ce qui frappe à l'inspection, c'est une énorme distension asymétrique du ventre ; il existe une grosse tuméfaction arrondie latéro-médiane droite et la surmontant, une tuméfaction allongée obliquement de haut en bas et de droite à gauche, dessinant assez bien, sous les téguments soulevés, une anse intestinale extrêmement distendue.

La palpation permet de sentir que la tumeur inférieure et droite est l'utérus gravide refoulé vers la droite. La seconde tuméfaction est sonore à la percussion, non douloureuse à la palpation qui déclenche des ondulations péristaltiques visibles sous les téguments.

L'auscultation de l'abdomen est négative, ce gros ventre distendu est absolument silencieux.

Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement.

Les bruits du cœur sont un peu affaiblis.

Les antécédents ne permettent de relever aucun trouble antérieur du transit intestinal, en dehors d'une légère constipation chronique d'allure banale.

Dans ces conditions le diagnostic d'occlusion intestinale s'impose, avec possibilité de volvulus du côlon pelvien et l'on intervient.

Intervention le 16 avril à 16 h. 30. Anesthésie générale à l'éther.

Longue incision médiane sus et sous-ombilicale.

Immédiatement fait issue du ventre une anse intestinale formidablement distendue du diamètre d'une cuisse d'enfant.

Cette anse est le côlon pelvien volvulé mais la présence de l'utérus gravide empêche absolument une bonne exploration des lésions et l'on décide de faire une césarienne.

Incision de l'utérus : extraction d'un enfant en état de mort apparente pesant 2,800 gr. Suture de l'utérus en 2 plans au catgut chromé.

A ce moment, l'utérus rentré dans l'abdomen, on distingue nettement le volvulus du côlon pelvien : l'intestin est tordu d'un tour et demi environ, dans le sens des aiguilles d'une montre, il n'y a pas de lésions pariétales au point de torsion, le mésocôlon est long, sans mésentérite rétractile, il existe un repli péritonéal qui prolonge en haut et en arrière le ligament large et vient se fixer sur la branche gauche de l'anse pelvienne et qui semble avoir amorcé la torsion.

Détorsion du volvulus.

Le volume du côlon distendu par les gaz est très gênant. On fait introduire un tube de Faucher par le rectum jusque dans le côlon pelvien et l'on parvient facilement à évacuer les gaz qui encombre l'intestin.

Section du repli péritonéal qui paraissait avoir favorisé le volvulus et on termine par une suture de la paroi en un plan à la soie.

Suites opératoires sans incidents. La température reste normale. Les gaz sont évacués avec quelques difficultés et peu à peu le fonctionnement de l'intestin redevient normal.

Au 15^e jour, la mère et l'enfant quittent la clinique en excellent état.

OBSERVATION N° XIV (rapportée par MATRY, *Volvulus d'un mégacolon sigmoïde. Première cure : détorsion. Cure radicale après une deuxième crise. Résection. Anastomose termino-terminale. Fistulisation large. Fermeture de l'anus. Guérison.*)

Première torsion : octobre 1925

Mme S..., 36 ans, mère de trois enfants, entre à l'hôpital de Fontainebleau le 9 octobre.

Enceinte de 7 mois, elle a souffert brusquement et pour la première fois le 7 octobre à minuit de coliques violentes avec suppression complète des matières et des gaz. Son médecin lui a fait prendre en ville de la poudre de réglisse et sulfate de magnésie, sans autre résultat qu'une augmentation marquée des douleurs.

A l'entrée, le 9 octobre, vers midi, température rectale 37°3. Pas de vomissements. Pas de début de travail.

Ventre très ballonné, uniformément douloureux. Gargouillement intestinal faisant songer à une occlusion portant sur la terminaison du grêle. Les anses contractées se dessinent sous la peau : lavage d'intestin sans résultat.

Intervention. — Le 9 octobre à 15 heures.

Rachi-scurocaïne, laparotomie médiane, sous-ombilicale.

Une anse très volumineuse se présente : sigmoïde présentant une double torsion.

Détorsion pénible en raison du volume de l'anse. Evacuation de gaz en grande abondance.

Fermeture en un plan.

Suites opératoires. — Accouchement prématuré le 10 octobre. Pas d'incidents.

Le 29 octobre la femme sort de l'hôpital en état de santé satisfaisant.

L'opération a été réduite à une simple détorsion, sans fixation de l'anse, en raison de l'état précaire dans lequel se trouvait la femme, en occlusion depuis 48 heures. On conseille donc à cette femme de venir une fois bien remise réclamer une intervention définitive. Conseil qui ne sera pas suivi.

Deuxième épisode : novembre 1928.

Mme S..., rentre dans le service le 29 novembre.

Enceinte de 6 mois 1/2, elle a vu reparaitre depuis 48 heures des accidents qui lui rappellent ceux de 1925. Coliques puis douleurs violentes, avec ballonnement, selle sanglante, et arrêts des matières et des gaz. Pas de vomissement.

Le diagnostic est fait dès qu'on reconnaît la malade. Le ventre très distendu a une forme assez spéciale ; on peut repérer une anse énorme dessinée sous la peau du flanc gauche, remontant vers la région splénique, puis redescendant vers le pubis pour remonter sous le foie. Cette anse hypersonore remplit à elle seule presque tout l'abdomen.

La température est à 37°2, le pouls à 90.

Intervention immédiate. Rachi. allocaïne.

Anesthésie sans incidents.

Pas d'évacuation gazeuse.

Laparotomie latérale gauche au bord externe du grand droit. On tombe immédiatement sur une anse colique énorme, très amincie, transparente. Le diamètre de l'intestin distendu est de 12 cm. La main qui plonge vers la fosse iliaque gauche rencontre un gros cordon formé par la torsion du pédicule de l'anse sigmoïde tor due deux fois sur elle-même en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre.

Détorsion facile de l'anse complètement éviscérée qui, dépliée, fait hors de l'abdomen une saillie mesurant de la base au sommet 40 cm. Débâcle de gaz et de matières liquides.

L'anse est aussi complètement que possible évacuée par expression douce entre compresses imbibées de sérum.

Le mésentère est très épais, de coloration blanc nacré, parsemé de tractus fibreux durs : la partie juxta-intestinale est très œdématisée ; il existe une infiltration d'aspect gélatineux, abondante sous la séreuse de la convexité de l'anse.

Deux clamps sont placés à l'origine et à la terminaison de l'anse sigmoïde conservant de chaque côté 7 à 8 cms de l'anse mobile. Résection du sigmoïde.

L'anse réséquée mesurera après évacuation et rétraction : 50 cms. Le diamètre du bout supérieur est de 7-8 cms. Celui du bout inférieur de 5 cms.

Ce dernier est légèrement agrandi par une incision en raquette. La suture bout à bout est alors facile sur deux segments intestinaux dont les calibres s'adaptent maintenant de façon satisfaisante. La paroi intestinale est très épaisse sur le bord libre, plus mince vers le bord mésentérique.

Une longue frange épiploïque est rabattue sur le double surjet et donne un enfouissement parfait de la suture circulaire.

Le foyer opératoire est isolé en dedans de la grande cavité par fixation, à distance de la plaie de laparotomie du péritoine pariétal à la face droite du moignon de méso-sigmoïde reconstitué.

Un drain à chaque extrémité de la plaie opératoire avec mèches de gaze tamponnant et isolant ces deux points du reste de la cavité abdominale. Drainage pariétal par faisceau de crins.

Suites opératoires. — Très simples. Aucune réaction thermique.

Pas de réaction péritonéale. Les gaz et les matières sont émis dès le deuxième jour.

Mais localement les choses vont moins bien : suintement séro-sanguinolent abondant dès le quatrième jour. Au pansement le matin du cinquième jour, la plaie est baignée de sérosité louche. Après désunion, l'anse heureusement exclue présente une zone circulaire grisâtre au niveau de la suture.

La frange épiploïque est sphacélée, la suture de fixation a supprimé toute circulation sur ce lambeau adipeux.

La protection supplémentaire sur laquelle on comptait a donc disparu : le double surjet sous-jacent s'infecte. Désunion des deux tiers antérieurs de la suture.

Fort heureusement la protection à laquelle on a eu recours évite la diffusion de l'infection à la grande cavité péritonéale.

La plaie est pansée matin et soir avec soin et en fin décembre 1928 on se trouve en présence d'un anus iliaque gauche dont les deux bouches sont unies sur le tiers postérieur par une zone saine.

On remet toute intervention nouvelle après l'accouchement, la grossesse a en effet poursuivi son cours normal.

Le 10 février 1929 accouchement d'une fille vivante pesant 3.700 grammes.

Troisième épisode. — Fermeture de l'anus.

Anesthésie générale à l'éther.

Les bords de l'anus sont libérés et avivés dans la partie sur laquelle la suture a lâché. Surjet facile en deux plans après libération complète de l'anse. Sur le bout supérieur afférent sont fixées en paquet des anses grêles au centre desquelles se trouve une cavité purulente du volume d'une noix. Ces anses sont libérées avec difficultés. Un segment de grêle portant deux perforations est réséqué sur une longueur de 10 cms.

Anastomose termino-terminale.

Une autre anse grêle formant un anneau complet autour de la cavité septique présente après déroulement deux plaies musculoso-séreuses. Enfouissement. Réduction complète après toilette soignée à l'éther.

Un drain à chaque extrémité de la plaie.

Fermeture en un plan aux crins doubles.

Suites opératoires. — Absolument simples

La femme quitte le service le 20 avril 1929. Depuis cette époque son état de santé est parfait, elle a pu reprendre ses occupations habituelles.

III. — Occlusions gravidiques vraies

OBSERVATION N° XV (rapportée par LAFFONT et CALLEJA). — *Iléus gravidique vrai.*

Femme de 35 ans. 4^e pare, dixième geste : un enfant mort, deux enfants vivants, six fausses-couches, spontanées, de 2 à 3 mois environ.

La dernière grossesse actuellement en cours en est au quatrième mois environ.

La femme vient consulter à la Maternité d'Alger pour « grippe avec complications pulmonaires ». Elle a d'ailleurs déjà été hospitalisée à l'isolement pour douleurs salpingiennes avec température, et elle a également subi un traitement anti-syphilitique à la consultation des femmes enceintes.

Au cinquième jour de son hospitalisation, après le traitement habituel de sa grippe, qui d'ailleurs paraît bénigne, on note l'apparition brutale d'un syndrome douloureux abdominal localisé au début dans la fosse iliaque droite, puis rapidement généralisé à l'abdomen. La température est de 38°5.

Le ventre météorisé est très douloureux. La fosse iliaque droite est un peu empâtée, le cul-de-sac droit est douloureux. On ne note rien de spécial dans la sphère utérine. Les urines sont claires: on y trouve des colibacilles, mais peu abondants. Le tableau d'occlusion ne tarde pas à se préciser : apparition de vomissements verdâtres, arrêt complet des matières et des gaz. La température s'élève à 40°. Le ventre reste toujours très douloureux, les vomissements deviennent légèrement noirâtres. Cet ensemble symptomatique fait porter le diagnostic de péritonite probable d'origine appendiculaire, compliquée d'occlusion.

L'intervention est décidée.

Anesthésie générale au balsoforme ; incision latérale droite. A l'ouverture du ventre, un peu de sérosité sourd de la plaie. Le cæcum est normal, l'appendice sain, les trompes également.

On dévide les anses grêles, pensant trouver l'obstacle expliquant l'occlusion, en remontant vers l'angle duodéno-jéjunal. On note sur une longueur de 40 cms environ des anses intestinales dilatées, violacées, de coloration brunâtre. A cette dilatation de l'intestin fait suite un aplatissement sans qu'il soit possible de mettre en évidence un obstacle quelconque.

Au cours de ces manipulations les anses dilatées et brunâtres redeviennent roses et turgides et la circulation intestinale paraît se rétablir sous les yeux. Devant l'évidence de la continuité intestinale on referme la paroi en trois plans sans drainage.

Dans la nuit l'opérée a rendu quelques gaz, mais pas de selles, la température se maintient à 38°5. Toutes les 4 heures, injection intraveineuse de 10 cc. de sérum salé hypertonique.

Le lendemain le météorisme abdominal est plus marqué qu'avant l'intervention ; l'arrêt des matières et des gaz est toujours absolu. Les vomissements reprennent.

On décide alors d'évacuer l'utérus.

Anesthésie rachidienne; évacuation utérine par césarienne vaginale; extraction d'un fœtus qui meurt peu après. La délivrance suit. On pratique alors des injections de sérum hypertonique toutes les 6 heures.

L'état général est rapidement meilleur, la femme rend des gaz, le ballonnement diminue. Quarante-huit heures après l'opération un lavement ramène une selle abondante. L'état d'occlusion cède complètement et la malade sort guérie.

OBSERVATION N° XVI. (Rapportée par PERALTA, RAMOS et ROTH. — *Occlusion gravidique vraie. Guérison par évacuation de l'utérus*).

Il s'agit d'une femme enceinte de 8 mois.

Apparition d'un syndrome occlusif qui se complète rapidement avec arrêt des matières et des gaz.

Un traitement médical énergique est mis en œuvre, mais sans succès.

Devant cet échec, mais surtout devant l'aggravation manifeste de l'état général, l'apparition de hoquets, de vomissements abondants avec azotémie, diminution de la réserve alcaline, les auteurs portent le diagnostic d'iléus gravidique paralytique et décident l'interruption de la grossesse.

Après échec de la méthode de Delmas qui ne donne pas plus de cinq centimètres de dilatation, on fait des incisions du col et on pratique une version podalique qui se termine par extraction d'un enfant vivant.

Six heures après l'accouchement, amélioration notable, la guérison survient en 8 jours. La femme et l'enfant sortent en excellente santé.

OBSERVATION N° XVII (rapportée par RUPP). — *Première occlusion par rétroflexion d'utérus gravis. Deuxième occlusion gravidique vraie*.

Femme de 35 ans. Primipare, toujours bien portante.

On ne note rien d'anormal dans ses fonctions intestinales.

Mais à la dixième semaine de sa grossesse apparaît une grande paresse intestinale: aucune selle, ni gaz pendant trois jours. Le quatrième jour surviennent de fortes douleurs abdominales suivies de vomissements. Les fonctions urinaires ne sont pas troublées.

Un médecin appelé fait le diagnostic de rétroversion incarcerated d'un utérus gravide de deux mois et demi environ et réduit cette rétroversion sous anesthésie générale.

Les selles et les gaz réapparaissent, mais il persiste quelques douleurs abdominales et une constipation opiniâtre.

Au sixième mois les accidents d'occlusion réapparaissent. Le traitement médical mis en œuvre pendant trois jours échoue et la femme est envoyée à l'hôpital.

A son entrée : abdomen très tendu, au niveau duquel on distingue une anse intestinale, gonflée, passant en travers du ventre et faisant saillie devant l'utérus qui remonte au-dessus de l'ombilic. Cette anse se durcit par moments.

Les douleurs abdominales sont violentes.

Il existe des vomissements abondants. Le facies prend un aspect péritonéal. On décide d'intervenir :

Laparotomie sus et sous-ombilicale.

Le côlon très distendu, de la taille d'un bras, sort aussitôt de la cavité abdominale. Depuis l'angle iléo-cæcal jusqu'au sigmoïde l'intestin est rouge bleuâtre et sa paroi très amincie.

La partie inférieure de la cavité abdominale est remplie par l'utérus gravide que l'on soulève. Et l'on découvre alors : une bride péritonéale longue de 10 cms, large de 1 cm., allant du tiers gauche du côlon transverse, près de l'angle splénique jusqu'au bord du petit bassin et déterminant par sa position une striction transversale du côlon.

Mais cette bride ne constituait certainement pas l'obstacle au passage des matières, puisqu'au-dessous d'elle l'intestin était également distendu.

Luxation maxima de l'utérus en avant et l'on réussit alors avec peine à amener la partie saine du sigmoïde.

Le lieu de passage de l'intestin dilaté à l'intestin normal correspondait à la ligne innommée, à côté du promontoire. Il ne fait donc aucun doute qu'à ce niveau l'intestin a été serré, écrasé par la pression de l'utérus gravide. Même débarrassé de cette pression, son contenu ne s'évacuait pas de lui-même. Ce n'est qu'après introduction d'une sonde rectale qu'une grosse quantité de gaz et de matières fut évacuée.

Devant le mauvais état général de la malade, on n'évacue pas l'utérus. On ferme l'abdomen et l'on pratique un anus artificiel sur le côlon.

Malgré cela, la mort survient peu de temps après.

OBSERVATION N° XVIII (publiée par J.-P. TOURNEUX et J. LASSERRE (Toulouse). — *Occlusion intestinale par atonie du côlon ilio-pelvien chez une parturiente de sept mois*).

Mme Simone P... a été envoyée d'urgence à l'Hôtel-Dieu le samedi 17 mars 1934, vers 10 heures, avec le diagnostic de cholécystite aiguë: elle fut hospitalisée salle Sainte-Marthe, où elle occupa le lit n° 11.

Il s'agissait d'une primipare de 25 ans, enceinte de 7 mois, qui ne présentait rien d'intéressant à signaler tant dans ses antécédents personnels qu'héréditaires et consanguins. Sa grossesse évoluait normalement, lorsque le 12 mars, sans cause apparente, Simone P... présenta du malaise général, de la céphalée et des nausées. Ces différents symptômes s'accusèrent dans les jours suivants, en même temps qu'apparaissait une constipation opiniâtre, ne cédant à aucune thérapeutique, et se compliquèrent le 16 mars de température, de ballonnement du ventre, de vomissements, ainsi que de phénomènes douloureux très violents, siégeant dans l'hypocondre droit, un peu au-dessous des côtes et s'irradiant dans toutes les régions avoisinantes.

A son entrée dans le service, la malade se présente avec un état général assez déficient : le teint est plombé, la langue saburrale, les nausées sont continuelles, le ventre est tendu et météorisé, la région vésiculaire est le siège d'une douleur violente spontanément et à la palpation, aux deux bases pulmonaires on entend quelques râles fins. Il y a un arrêt absolu des matières et des gaz depuis quatre jours, la température est à 38° et le pouls bat à 115.

Devant ce tableau clinique, on porta le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë de cause indéterminée, et on décida d'intervenir immédiatement.

L'opération (laparotomie médiane) eut lieu à 11 heures, sous anesthésie générale à l'éther : à l'ouverture de l'abdomen, on releva tout d'abord l'absence complète de toute lésion des voies biliaires, mais on remarqua une volumineuse dilatation du côlon transverse, qui se prolongeait sur le côlon descendant. On souleva alors avec précaution l'utérus gravide, et on constata que le côlon ilio-pelvien était aplati en totalité, rétracté sur lui-même et réduit au calibre de l'intestin grêle. On essaya alors, par quelques massages et par des applications de sérum tiède, de réveiller l'atonie de ce

segment intestinal, dont la coloration blanchâtre contrastait avec la teinte rosée du reste du gros intestin, mais on n'obtint aucun résultat; il en fut de même dans les tentatives de refoulement vers le côlon pelvien des gaz qui dilataient le côlon transverse et le côlon descendant, elles demeurèrent infructueuses.

Devant cette paralysie intestinale on se décida alors à pratiquer un anus artificiel, qui fut disposé sur le côlon descendant, un peu au-dessous de l'angle splénique : il fut ouvert dans l'après-midi au thermocautère.

Les suites opératoires furent assez mouvementées: bien que l'anús artificiel eût commencé à fonctionner de façon satisfaisante dès le lendemain de l'intervention, la température oscilla pendant plusieurs jours entre 38 et 40 degrés, alors que le pouls restait autour de 120.

Le 20 mars, on nota la présence de deux foyers de broncho-pneumonie, un dans chaque poumon, que des injections d'huile eucalyptolée et de vaccin de Dufourt permirent de juguler en une dizaine de jours.

Le 21 mars, dans l'après-midi, à la suite d'un travail de quelques heures, la malade accoucha prématurément d'un enfant mâle, bien constitué et viable, du poids de 1.500 gr., qui succomba au bout de quelques jours; l'accouchement avait dû être suivi d'une délivrance artificielle.

Enfin, le 24 mars, la malade présenta une parotidite droite non suppurée qui aboutit à la résolution spontanée au bout d'une semaine.

Puis, après une quinzaine de jours, la température, qui n'avait jusque là cessé d'osciller entre 38° et 39°, se mit à descendre progressivement pour se stabiliser finalement autour de 37°.

Vers la fin du mois d'avril, une radiographie après lavement bismuthé montra qu'il persistait encore un certain degré d'atonie ilio-pelvienne, car la bouillie ne progressait que très lentement et difficilement dans ce segment intestinal. Par contre, une seconde radiographie, pratiquée le 23 mai, ayant montré que la partie inférieure du gros intestin ne présentait plus le moindre retard au passage du bismuth, on décida la fermeture de l'anús artificiel, qui fut pratiquée le 1^{er} juin et ne fut marquée par aucun incident. Les fonctions intestinales redevinrent immédiatement normales, et la malade put quitter le service à la date du 25 juin.

OBSERVATION N° XIX (rapportée par BOHLER). — *Iléus vrai de la grossesse.*

Il s'agit d'une femme enceinte, 5^e pare, dont la grossesse avait évolué normalement jusqu'à trois semaines du terme. Aux premiè-

res contractions, la femme se fait hospitaliser. Mais les douleurs rares, cessent après quelques heures déjà la tête est amorcée, le col est fermé.

Les vraies douleurs commencent quatre jours plus tard.

Dès le début du travail, s'installe un fort météorisme, pas autrement inquiétant au début, car les fonctions intestinales s'effectuent de façon sensiblement normale.

Le lendemain matin le météorisme a encore augmenté ! Vers midi, la femme commence à se plaindre de nausées intenses et persistantes. Les gaz sont arrêtés depuis le matin et on n'arrive par aucun moyen à déterminer une évacuation de l'intestin. Vers le soir la malade commence à vomir. Dans la nuit l'état général s'altère visiblement et les vomissements deviennent fécaloïdes.

L'intervention pour occlusion de cause inconnue est entreprise dans le courant de la nuit. Après incision de la paroi, des anses grêles fortement dilatées se présentent devant l'utérus. Celui-ci est extériorisé et évacué par section césarienne corporéale.

Au moment de l'extériorisation, on se rend compte que le sigmoïde très dilaté est comprimé par l'utérus à l'entrée du petit bassin, et que sa portion intrapelvienne, ainsi que l'ampoule rectale sont collabées. Côlon et intestin grêle sont fortement et uniformément dilatés. Après l'intervention, on obtient une évacuation intestinale massive.

L'état général se remet rapidement.

Les suites opératoires et le post-partum sont normaux.

L'enfant est vivant.

OBSERVATION N° XX (publiée par KELLER). — *Occlusion gravidique vraie au cours du travail.*

Il s'agit d'une 5^e pare. Quatre accouchements antérieurs normaux. Selles toujours régulières pendant cette grossesse. Rien à signaler dans les antécédents.

Le travail commence le 7 octobre 1923 par quelques fausses douleurs : col perméable pour un doigt, tête amorcée au détroit supérieur. Le 11 octobre les douleurs reprennent plus fortes et plus régulières, la partie sus-ombilicale de l'abdomen est nettement ballonnée, un peu douloureuse à la palpation. Cet état s'accroît durant la journée : le soir le ventre est nettement augmenté de volume, le cadre du gros intestin est particulièrement ballonné, et visible : pas de selles ni de gaz.

Contractions utérines qu'on ne constate pas nettement car les limites de l'organe sont voilées par l'intestin distendu.

Pendant la nuit, apparition de hoquet.

Vers le matin du 12 octobre, l'aspect de la malade a nettement changé, les traits sont tirés, les yeux excavés, le teint légèrement ictérique, le ventre est plus gros surtout dans la région sus-ombilicale. La température est à 37°4. Le pouls de 90 la veille, est monté à 110, le hoquet est plus prononcé ; ni selles, ni gaz, un vomissement d'odeur légèrement fétide.

Les bruits du cœur sont nettement perçus mais l'enfant remue beaucoup. La tête est fixée au détroit supérieur. Le col est effacé, la dilatation de 2 francs. Le rectum est vide.

En présence de tels symptômes cliniques, on pose le diagnostic d'occlusion intestinale très probablement au niveau de la partie inférieure du gros intestin, mais l'appendicite aiguë n'est pas complètement à exclure.

Laparotomie médiane : extériorisation de l'utérus, région iléo-cæcale complètement normale. En attirant l'utérus fortement en avant, on voit l'anse sigmoïde, mobile, assez longue et attirée vers la région du promontoire, au niveau de cette région se trouvait la tête comprimant cette coudure, pas d'adhérence. Le gros intestin, au-dessous de l'endroit de compression, est vide, au-dessus il est fortement dilaté et injecté; légère réaction péritonéale.

Césarienne classique. Extraction d'un enfant vivant. L'anse mobile du gros intestin est replacée vers l'extérieur. Plus aucune compression. Réfection de la paroi.

Le fonctionnement intestinal redevient normal. Suites opératoires sans incidents.

La mère et l'enfant sortent guéris.

OBSERVATION N° XXI (*inédite*) (communiquée par le Docteur LEMELAND). — *Occlusion gravidique vraie.*

Mme Z..., 40 ans, sixième pare.

Dernières règles le 12 février 1938.

Entre dans le service le 31 octobre 1938, donc au huitième mois de sa grossesse, pour douleurs abdominales et vomissements répétés.

Le début de la grossesse actuelle fut normal, sans vomissement. Une quinzaine de jours avant son entrée elle avait déjà présenté une crise douloureuse abdominale avec vomissements alimentaires et bilieux. Les douleurs siégeaient dans l'hypochondre et le flanc droit. Elle ne consulta pas, s'alita, et au bout de trois jours les phénomènes disparaissent totalement.

Dans la soirée du 30 octobre, les douleurs réapparaissent, ainsi que les vomissements. Sans raison appréciable une petite hémorragie de sang rouge se produit.

Le 31 octobre au matin, on note à l'examen :

S. G. Femme fatiguée, déshydratée, langue sèche, léger subictère. La température est à 36°, le pouls bien frappé aux environs de 90.

Du point de vue fonctionnel existent des douleurs spontanées, sourdes, continues, avec paroxysmes aigus dans l'hypocondre droit, exagérées par les vomissements. Ceux-ci sont pénibles, répétés, et s'accompagnent d'un état nauséux permanent.

Pas de selles, mais encore quelques gaz.

Au point de vue physique : l'abdomen est développé comme pour gestation d'environ huit mois. Le volume utérin paraît normal. Par contre la région de l'hypocondre droit et de l'épigastre est déformée par une voussure coiffant le front utérin.

Pas de mouvements péristaltiques visibles.

Palpation : la région sous-ombilicale est parfaitement souple, la paroi abdominale déficiente permet l'examen de la partie inférieure de l'utérus. On perçoit ainsi nettement une tête fœtale appliquée au détroit supérieur, mobile. La quantité de liquide amniotique est normale.

Par contre, l'examen des parties hautes de l'abdomen est rendu très difficile par l'hyperesthésie cutanée jointe à la défense musculaire et au météorisme. Il est impossible de bien délimiter le fond utérin et d'apprécier son contenu.

L'auscultation révèle un foyer de bruits du cœur nettement perçu au-dessous de l'ombilic sur la ligne médiane.

Au toucher vaginal, rien de particulier : col fermé, mais la mobilisation de la tête fœtale est douloureuse.

Devant ce syndrome abdominal aigu avec douleurs prédominantes à droite et vomissements, on pense d'abord à une colique vésiculaire (quelques années avant la malade avait présenté un ictère avec fièvre ayant duré plusieurs jours). Repos. Glace, morphine. Les vomissements s'espacent, mais dans la nuit suivante les douleurs qui s'étaient un peu calmées, reprennent plus violentes, le météorisme s'accroît, les vomissements deviennent incessants, noirâtres et fétides et, le 2 novembre au matin, on décide d'intervenir pour occlusion intestinale.

Intervention : Anesthésie générale au Schleich. Médiane sous et sus-ombilicale.

— On note une dextrotorsion de l'utérus marquée.

— Aucun obstacle n'est visible sur le trajet du côlon qui apparaît distendu à l'extrême, jusqu'à l'entrée dans le petit bassin.

— Césarienne basse classique.

— Fermeture en un plan.

Des gaz et des matières sont évacués quelques heures après l'intervention, mais la femme meurt le lendemain en plein collapsus.

IV. — Iléus et pyélite

OBSERVATION N° XXII (publiée par HILGENBERG. — *Occlusion intestinale secondaire à une pyélite au sixième mois de la grossesse.*)

Femme de 30 ans, ayant été traitée à plusieurs reprises pour des accidents de pyélonéphrite et de cystite.

En 1925, avortement de 3 mois.

En mars 1928, la femme enceinte de six semaines environ présente des accidents légers de cystite: traitement ambulatoire, lavage de vessie, désinfectants urinaires.

Jusqu'en août 1928, pas d'autres accidents, pas de constipation.

Le 8 août 1928, donc au sixième mois de sa grossesse, apparition de douleurs violentes dans la région lombaire droite avec élévation de température à 40°. Aucune manifestation vésicale. La femme entre en clinique le lendemain.

A son entrée: état général excellent, mais douleurs lombaires atroces. Le rein droit en particulier est extrêmement sensible à la pression.

L'abdomen est mou, de volume normal. L'utérus remonte jusqu'à l'ombilic. Les bruits du cœur fœtal sont perçus.

Les urines ramenées par sondage sont troubles, contenant de nombreux flocons blanchâtres. A la cystoscopie, la capacité vésicale apparaît normale. L'uretère gauche envoie régulièrement une urine claire. A droite, absence de sécrétion pendant 10 minutes.

On pratique un cathétérisme de l'uretère droit: Introduction de la sonde facile jusqu'à 15 cms.

A ce niveau, on bute sur obstacle qu'on arrive à vaincre. Il s'écoule alors une urine purulente, non sanglante.

Retrait de la sonde: l'urine ne coule plus.

Dans le dépôt, on trouve en masse des leucocytes et quelques cellules rénales. Colibacilles extrêmement nombreux.

On pense donc à un obstacle sur le cours de l'urine, la sonde est de nouveau poussée jusqu'à 25 cms et laissée à demeure. Rapidement, les douleurs disparaissent complètement.

Trois heures après ce cathétérisme, frisson, élévation de température à 40°. Pas de douleur à la pression de la région lombaire. Quelques gouttes seulement d'urine par la sonde à demeure. On enlève celle-ci. L'orifice est bouché par un gros amas de pus.

Les deux jours suivants: état général satisfaisant.

1.200 cmc. d'urines sont émis. Pas de douleurs mais la température reste à 38°4, le pouls à 120.

Le troisième jour, bon état général. Chute de la température et

du pouls qui redeviennent normaux. Les urines sont abondantes, mais encore troubles. Les fonctions intestinales sont normales.

Le soir du même jour apparition brusque de maux de tête; avec état nauséux et sensation de gonflement abdominal. La température monte à 40°, le pouls à 130.

Tout l'abdomen est météorisé. Tympanisme péri-ombilical.

Fortes douleurs spontanées et à la pression dans la région lombaire. A cause du ballonnement abdominal, les reins ne sont pas perceptibles à la palpation.

Aucune émission de selles, ni de gaz.

Nouveau cathétérisme urétéral qui ramène quelques centimètres d'urines purulentes. Lavement d'huile qui ne provoque que quelques gaz.

Le lendemain, la situation est inquiétante, la température est à 39°. Le pouls petit, très rapide, les urines très rares. Il n'y a toujours ni selle, ni gaz malgré les lavements répétés.

Par contre sont apparus des vomissements abondants et incessants.

L'abdomen est toujours très ballonné, mais il n'existe aucun signe de péritonite.

Essai de traitement médical; diurétique, lavements huileux, injection d'hypophyse, sans aucun résultat.

Le cinquième jour, l'état général est très altéré. Les vomissements sont continuels, l'abdomen est de plus en plus ballonné.

En 48 heures, 190 cc. seulement d'urines purulentes ont été émises. Ni selle, ni gaz.

Devant cet état menaçant, on décide d'interrompre la grossesse.

Sous anesthésie générale: colpo-hystérotomie, dilatation, extraction du fœtus, perforation de la tête dernière, sans difficultés.

Après l'extraction de l'enfant: hémorragie importante, délivrance artificielle. Inertie utérine persistante qui nécessite un tamponnement utérin, qui seul arrête l'hémorragie. Toni-cardiaques, sérum, l'état général se relève.

Dès l'intervention, les phénomènes de paralysie intestinale disparaissent, des selles et des gaz surviennent spontanément. Le lendemain l'état général est excellent.

Tous les maux disparaissent. La température descend à 37°. La guérison survient sans complication.

V. — Occlusions du post-partum

OBSERVATION N° XXIII (*inédite*) (communiquée par les Docteurs DEVRAIGNE et MAYER. — *Volvulus du côlon pelvien après césarienne suivie d'hystérectomie*).

Mme F..., 33 ans, II Pare.

Rien à signaler dans ses antécédants. Sa première grossesse a été absolument normale et s'est terminée par un accouchement sans incidents.

Elle entre en travail le 26 mai 1938 dans la nuit et, après quelques douleurs, se produit une rupture prématurée des membranes.

La femme est alors envoyée le 27 mai à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière. A son entrée, état général parfait, la température est à 37°, le pouls à 80. Le col incomplètement effacé est perméable au doigt. La tête est en bas fixée, le dos à droite. Les bruits du cœur sont perçus.

Le 29 au soir, apparaissent les premiers signes d'infection amniotique: température à 38°, liquide amniotique louche puis franchement puréc de pois. La dilatation n'a pas progressé.

Devant cette menace d'infection amniotique on décide d'intervenir.

Le 30 mai. Laparotomie sus et sous-ombilicale. On extériorise l'utérus. Césarienne corporéale. Extraction d'un enfant vivant. On ne pratique pas la délivrance. On met une valve sus-pubienne et on s'aperçoit qu'il existe une petite déchirure péritonéale au niveau de la partie antérieure droite du segment inférieur.

Hystérectomie subtotale. Mikulicz.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Le troisième jour après l'intervention, apparaît un syndrome occlusif avec fièvre, douleur et distension au niveau du cæcum. Mise en œuvre d'un traitement médical énergique (sérum hypertonique à hautes doses). Mais échec complet de ce traitement.

Le 3 juin, on se décide devant la persistance de l'état occlusif, à intervenir de nouveau et on pense faire un anus cæcal.

Anesthésie locale. Le cæcum présente un aspect particulier et est recouvert de plaques de sphacèle. Fistulisation cæcale et abouchement à la peau. La malade meurt le lendemain matin.

A l'autopsie, cicatrice opératoire parfaite, le péritoine du petit bassin a un aspect normal.

Mais on trouve un *volvulus du côlon pelvien*.

Volvulus d'un tour dans le sens des aiguilles d'une montre. Le côlon était très long, très mobile, le méso également très long pré-

sentait des trainées blanchâtres de mésosigmoïdite. Au niveau de la zone de striction: paroi hémorragique en voie de sphacèle.

OBSERVATION N° XXIV (*inédite*) (*Clinique obstétricale de l'Hôpital Saint-Antoine*). — *Occlusion paralytique du post-partum.*

Mme D..., 33 ans, III Pare.

Rien à signaler dans ses antécédents. Deux grossesses et deux accouchements antérieurs normaux. La grossesse actuelle a été bien tolérée.

Entre en travail le 2 octobre 1931, à 10 heures.

La période de dilatation est normale puisqu'à 17 h. 30 la dilatation est complète et la femme fait ses premiers efforts expulsifs. Cependant, les membranes étant rompues depuis la veille, le liquide est teinté.

Après une demi-heure d'efforts expulsifs, les bruits du cœur se modifient brusquement et l'on décide une extraction par forceps.

Application de forceps Tarnier sur sommet mal fléchi en O.I. D.P. Extraction d'un enfant n'ayant pu être ranimé malgré trois quarts d'heure de soins.

Délivrance naturelle complète. Membranes déchirées.

Le lendemain, la température monte à 39° en même temps qu'apparaît un certain degré de ballonnement intestinal et un arrêt complet des gaz et des matières.

Le soir, le ballonnement a pris des proportions considérables. L'abdomen est énorme, uniformément météorisé. La palpation ne révèle rien, sinon un très léger endolorissement dans la fosse iliaque droite.

Le 4 octobre au matin, la femme, malgré des injections répétées de sérum hypertonique, n'a encore expulsé ni selles, ni gaz. Elle présente un état nauséux et quelques vomissements bilieux.

On porte le diagnostic d'occlusion intestinale et on décide l'intervention (M. Sureau).

Du fait de la légère douleur perçue au niveau de la fosse iliaque droite, on intervient avec le diagnostic d'occlusion d'origine appendiculaire.

Incision de Mac Burney élargie. Appendice légèrement enflammée, mais sans lésions importantes. Un peu de liquide louche dans la cavité péritonéale. Le cæcum est très fortement dilaté. Appendicectomie avec enfouissement.

Un drain au contact des annexes droites qui apparaissent très enflammées.

On fait alors une contre-incision dans la fosse iliaque gauche pour vérifier l'état du sigmoïde. Celui-ci apparaît également extrêmement dilaté, mais ne présente ni coudure, ni torsion. Fistulisation du sigmoïde et abouchement à la paroi.

Fermeture en un plan.

Mort quelques heures après.

OBSERVATION N° XXV (*inédite*). *Clinique obstétricale de l'Hôpital Saint-Antoine. — Occlusion post-opératoire.*

Mme P..., 34 ans, 7^e geste, 4^e pare.

Trois accouchements normaux.

Trois fausses-couches entre le deuxième et le quatrième mois.

Septième grossesse actuelle, ayant évolué sans aucun incident.

Entre dans le service à terme, le 18 mai 1936.

A l'entrée: femme en travail, tête fixée au détroit supérieur, col dilaté comme 5 frs. Membranes intactes. Rupture artificielle des membranes le 19 mai, à cause de la non progression de la dilatation.

Le 19 au soir état stationnaire, le liquide amniotique commence à se teinter.

Le 20, liquide purée de pois. Aucune progression notable dans la marche du travail. Température 37°5.

On décide d'intervenir par voie haute.

Intervention le 20 mai (Dr M. Sureau); rachianesthésie à la scurocaïne et secondairement anesthésie générale à l'éther.

Césarienne basse. Extraction d'un enfant né en état de mort apparente, ranimé après un quart d'heure de soins.

Délivrance immédiate. Suture de la paroi utérine. Fermeture de l'abdomen en trois plans.

Le lendemain, la température atteint 39° et s'y maintient.

L'abdomen est légèrement ballonné. La femme a des nausées.

Le 22, même état, ballonnement et météorisme abdominaux progressifs. Pas de selles, quelques gaz.

Le 23, la situation est inchangée, malgré des injections répétées de sérum hypertonique et l'administration d'un lavement électrique.

Le 26 mai, l'abdomen est considérablement augmenté de volume. Etat nauséux continu, quelques vomissements bilieux. Pas de selles, ni de gaz, la température est à 38°5.

On pose le diagnostic d'occlusion par péritonite, et l'on décide de réintervenir.

Anesthésie locale. Etablissement d'un anus cæcal que l'on ouvre aussitôt.

Mort quelques heures après l'intervention.

OBSERVATION N° XXVI. (*Clinique obstétricale de l'Hôpital Saint-Antoine. — Occlusion après césarienne*).

Mme Ch..., 28 ans, III pare.

Deux grossesses antérieures, toutes donc terminées par césarienne l'une en 1930, l'autre en 1935.

Aucun antécédent particulier à signaler.

Evolution de cette grossesse absolument normale.

Entre dans le service à la fin du huitième mois pour des douleurs faisant penser à un début de travail.

Examen d'entrée le 26 juin 1937.

Grossesse de 8 mois. Hauteur utérine 36 cms.

Palper rendu difficile à cause de la tension utérine considérable.

Tête fœtale non engagée ne paraissant pas déborder. Un foyer net d'auscultation à gauche. Du fait de la perception de deux autres pôles fœtaux, on fait le diagnostic de gémellaire.

Les membranes étant rompues depuis 4 heures, on décide une intervention par voie haute, en raison du mauvais état de l'utérus, et encore d'une stérilisation de cette femme.

Intervention le 26 juin (Dr Sureau), Schleich.

Césarienne corporéale, extraction de deux enfants criant aussitôt pesant 2.250 gr. et 2.310 gr.

Hystérectomie subtotale.

Fermeture de la paroi en un plan aux fils de bronze après drainage.

Suites opératoires paraissant normales, mais le dixième jour après l'intervention, apparition de signes de parésie intestinale, constipation opiniâtre, ballonnement abdominal progressif. Injections répétées de sérum salé hypertonique, administration d'antispasmodiques. Le traitement est continué pendant 4 jours, mais sans résultat décisif. Le cinquième jour le météorisme abdominal est considérable, la malade vomit, il n'y a ni selles, ni gaz. La température s'élève à 38°, le pouls s'accélère.

On fait le diagnostic d'occlusion intestinale par réaction péritonéale probable et l'on décide une nouvelle intervention.

Sous anesthésie locale établissement d'un anus cæcal qu'on ouvre aussitôt. Issue de matières et de gaz en grande abondance.

La femme meurt deux heures après l'intervention.

Pas de vérification.

CONCLUSIONS

1. — L'occlusion intestinale aiguë, pendant la puerpéralité, apparaît comme une éventualité exceptionnelle, mais n'en constitue pas moins une entité clinique que caractérisent :

- certains mécanismes particuliers,
- les difficultés diagnostiques et thérapeutiques,
- la gravité de son pronostic.

De sorte qu'on peut individualiser un syndrome « *occlusion intestinale et grossesse* ».

2. — Elle survient le plus souvent chez des multipares, jeunes, après le cinquième mois de la gestation et se rencontre avec une particulière fréquence pendant les suites de couches.

Ses modalités anatomo-cliniques diffèrent selon la date d'apparition des accidents et permettent de distinguer nettement :

— *les occlusions de la première moitié de la grossesse* : occlusions banales.

— *les occlusions de la seconde moitié de la grossesse*, qui posent les problèmes diagnostics les plus difficiles.

— *les occlusions du travail et du post-partum*, les plus graves.

3. — L'influence de l'état puerpéral sur l'apparition de l'iléus est extrêmement variable; nulle dans certains cas, elle peut être par contre prépondérante dans d'autres cas. Cette influence s'exerce surtout dans les derniers mois de la grossesse : elle consiste essentiellement en la création d'un état *d'atonie intestinale*, souvent très marquée avec distension des anses intestinales et hypervascularisation de tous les organes du petit bassin.

4. — C'est pourquoi du point de vue pathogénique, il est possible de distinguer :

1° *les occlusions accidentelles*; elles comprennent, à l'exclusion de l'étranglement herniaire, toutes les occlusions que l'on est habitué à rencontrer en dehors de la puerpéralité, l'influence de la gestation sur leur apparition ne semble nullement prouvée.

2° *les occlusions propres à la gravidité* : elles réalisent un véritable *syndrome occlusif bas du sigmoïde* et comprennent :

— a) *Les volvulus du côlon pelvien*, qu'il s'agisse de volvulus vrais ou de torsions partielles de l'anse sigmoïde sur le ligament infundibulo-colique.

— b) *Les occlusions gravidiques vraies*, dans lesquelles la compression de l'intestin sur le détroit supérieur par l'utérus gravide ne fait que compléter l'action d'une atonie intestinale extrêmement sévère.

3° *les occlusions paralytiques* enfin que nous avons isolées dans un chapitre spécial. Elles témoignent dans la majorité des cas d'une réaction péritonéale et s'observent ainsi avec une particulière fréquence pendant les suites de couches.

5. — Cliniquement, il est possible de mettre en évidence un syndrome occlusif avec sa triade classique :

— douleurs,

— vomissements,

— arrêt des matières et des gaz,

mais cette symptomatologie fonctionnelle est souvent fruste et imprécise.

Quant aux signes abdominaux fournis par l'examen, la présence de l'utérus gravide, surtout pendant les derniers mois de la grossesse, en rend la perception et l'interprétation particulièrement délicates.

6. — Le diagnostic repose :

— sur la constatation des signes classiques de l'occlusion, constatation facile si la grossesse est peu avancée, beaucoup

plus délicate par la suite et d'autant plus qu'on approche du terme,

— sur la constatation radiologique, malheureusement inconstante d'images hydro-aériques.

Quant au diagnostic étiologique, il est rarement possible; il ne faut pas du reste s'y arrêter. En l'absence d'une certitude le traitement chirurgical doit être mis en œuvre le plus rapidement possible.

7. — L'évolution en est grave et la mortalité maternelle importante. Le pronostic fœtal est particulièrement sombre. La mort survient dans plus de la moitié des cas.

8. — La conduite à tenir en présence de ces occlusions puerérales est variable selon les circonstances :

— si le diagnostic a pu être posé avec certitude, la laparotomie s'impose d'emblée,

— dans le cas contraire, un essai de traitement médical doit être tenté, mais sans le prolonger outre mesure s'il ne donne pas rapidement les résultats escomptés.

La laparotomie permet de faire le bilan exact des lésions et de poser l'indication thérapeutique de choix :

— *pendant la première moitié de la grossesse* : la présence de l'utérus gravide est négligeable, le traitement essentiellement chirurgical, ne diffère pas du traitement classique de toute occlusion intestinale,

— *pendant la seconde moitié de la grossesse*, par contre, la présence de l'utérus gravide pose un second problème : celui de l'évacuation utérine.

Celle-ci sera pratiquée :

— chaque fois que la présence de cet utérus rendra l'intervention techniquement trop difficile,

— chaque fois qu'on jugera qu'une entrée en travail pendant les suites opératoires, pourrait compromettre les résultats de cette intervention,

— et, bien entendu, chaque fois qu'il sera reconnu que l'on a affaire à une occlusion gravidique vraie.

Vu :

LE DOYEN :

TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

LÉVY-SOLAL.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AASMUTH BARTEL. — Laparotomie pour volvulus. *St-Petersbourg medizinische Wochenschrift*, 1886, p. 148).
- ABRAHAMSON. — L'iléus pendant la grossesse et les suites de couches. (*Zblatt f. gynäk.*, 1925, p. 2476).
- ACHMATOWICZ. — Contribution au traitement des occlusions aiguës mécaniques. (*Archiv. für Klinische Chir.*, 22 décembre 1936, t. 187, fasc. 3).
- ARNO i TURNEN. — Sur l'occlusion intestinale comme complication des maladies et des opérations des organes génitaux internes. (*Acta obstétrica et gynecologia Scandinavica*, vol. XII, fasc. IV, p. 421).
- ATABEKOU. — Volvulus du côlon pelvien au cours de la grossesse. (*Zblatt für Gynäk.*, 1911, p. 1137).
- AUDEBERT. — La dilatation aiguë de l'estomac chez les accouchées. (*Comptes rendus de la Société d'Obst. Gyn. Péd.*, Paris, 1911, p. 446).
- AUSTEL (Heymann von). — Un cas d'iléus de la puerpéralité. (*Med. Tijdschr. von Geneesch.*, 1929, p. 1847).
- BACHY. — Deux observations de volvulus de l'S iliaque. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, Paris, 18 novembre 1932).
- BANZET. — Volvulus du côlon pelvien. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, Paris, 7 mars 1934).
- BASS. — Un cas d'iléus de la grossesse. (*Schweitz. Mediz. Wochenschrift*, 24 avril 1937, tome 67, n° 17).
- BEASLEY. — Occlusion intestinale et grossesse. (*J. M. A. Georgia*, mars 1928, tome 17, p. 121).
- BECKER. — La production de l'occlusion intestinale au cours de la puerpéralité. (*Monatsch. für Geburtsch. und Gynäk.*, 1908, tome 28, p. 155).
- BERGER. — Les occlusions paralytiques du post-partum. (*Thèse Montpellier*, 1930).
- BERGOUGNAN. — La paralysie intestinale post-opératoire. (*Pratique Médicale Française*, 1928, p. 120).

- BERNARD. — Crise d'occlusion intestinale au cours d'une grossesse. (*Société Médicale et Anatomo-Clinique de Lille* (20 décembre 1932), in *Journal des Sciences Médicales de Lille* (29 janvier 1933).
- Occlusion intestinale au cours de la grossesse. (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 5 mars 1933).
- BIANCARDINI. — Traitement du Volvulus du côlon pelvien. (*Thèse Alger*, 1936).
- BINET. — L'occlusion intestinale. (*Archives Médico-Chirurgicales de Province*, juillet 1935, p. 255).
- BISHOFF et PINKERTON. — Grossesse et obstruction intestinale due à un orifice mésentérique. (*Amer. Journ. Obst. and Gyn.*, avril 1937, t. 33, n° 4).
- BLAIR. — Occlusion intestinale par grossesse normale. (*Canada M.A.J.*, avril 1932, tome 26, p. 426).
- BLECON. — Iléus et rachi-anesthésie. (*Thèse Paris*, 1927).
- BLOCH (J.-Ch.) et BLONDIN. — Le volvulus du côlon pelvien pendant la grossesse. (*La Médecine*, avril 1933, p. 277).
- BLOCH (J.-Ch.) et KOHN. — Grossesse compliquée de phlébite et d'occlusion par volvulus du côlon pelvien. Intervention. Guérison. (*Bulletins Société Obst. et Gyn. Paris*, mai 1933, p. 383).
- BOHLER E. — L'occlusion intestinale pendant la grossesse. (*Bulletins Société Obst. et Gyn., Strasbourg*, juin 1930, p. 686).
- Occlusion intestinale pendant la grossesse. (*Revue Française de Gynéco. et d'Obstétrique*, janvier 1931, p. 17).
- BOLO. — Invagination intestinale au cours du post-partum. (*Semana Medica Buenos-Ayres*, 1918, p. 407).
- BONNEY et CHITTENDEN BRIDGES. — Grossesse compliquée de volvulus du côlon pelvien. (*British Medical Journal*, 27 déc. 1919, p. 846).
- BOTTON. — Les raisons des morts consécutives à l'occlusion haute de l'intestin. (*Archiv. für Klin. Chirurgie*, 11 août 1936, t. 185, fasc. 4).
- BOUCHET. — Contribution à l'étude clinique des accidents dus à la constipation pendant la grossesse et l'accouchement. (*Thèse Paris*, 1902).
- BOVIN. — Deux cas d'iléus au cours de la grossesse. (*Acta Obstétrica et Gynécologica Scandinavia*, 1934, p. 195, t. 14).
- BOVIS (de). — Mécanisme de l'occlusion intestinale d'origine gravidique. (*Semaine Médicale*, Paris, 1913).
- BRAUN G. — Les rapports des sténoses intestinales avec la gravidité. (*Wiener Medizinische Wochens.*, 1885, t. 35, p. 761).
- BRAUN H. — Traitement des occlusions du sigmoïde. (*Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1892, t. 43, p. 164).

- BRETANER. — Un cas de volvulus du sigmoïde compliquant la grossesse. (*Amer. Journal of Obst.*, 1903, t. 48, p. 356).
- BRID. — Iléus et grossesse. (*Zblatt für Gynäk.*, 5 octobre 1935, t. 59, p. 2355).
- BRINDEAU, METZGER, VAUDESCAL. — Pratique de l'art des accouchements, tome 2.
- BROUHA. — Occlusion intestinale pendant la grossesse à la suite de gastro-entérostomie. (*Société belge de gynécologie et obstétrique*, 7 novembre 1936, in *Bruxelles Médical*, novembre 1936).
- BEMIS. — Occlusion intestinale compliquant la grossesse. (*Amer. Journ. Obst. and Gynec.*, septembre 1932, t. 24, p. 436).
- CARTOTTO. — L'ésérine dans le traitement de l'iléus dynamique. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 2 février 1928).
- CASAGRANDE. — Grossesse à terme et occlusion intestinale. (*Amer. Journ. Obst. and Gynec.*, décembre 1936, n° 6, p. 1058).
- CHAFFIN. — Invagination intestinale au cours de la grossesse. (*Surgery, gynec. and Obst. Journal*, avril 1937, t. 64, n° 4).
- CHARBONNET. — Obstruction intestinale compliquant la grossesse. (*Amer. Journ. Obst. and Gynec.*, avril 1935, p. 591).
- CLERMONT et GAY. — Cancer du côlon et grossesse. (*Bulletins Société Obstétrique et Gynécologie de Paris*, octobre 1928, p. 782).
- COMMANDEUR et EPARVIER. — Occlusion intestinale au cours du post-partum. (*Bulletins Société Obstétrique et Gynécologique de Paris*, septembre 1921, p. 646).
- COURTOIS. — Occlusion intestinale et grossesse. (*Journal des Praticiens*, 18 juin 1938).
- DAMBRIN. — L'occlusion intestinale précoce en gynécologie. (*Thèse Paris* 1923).
- DAVÉO et COSTE. — Occlusion intestinale en fin de grossesse. Guérison après évacuation utérine. (*Société Obst. et Gyn. Marseille*, séance du 11 avril 1933, in *Bulletins* 1934, p. 242).
- DIGONNET et VERNE. — Un cas d'occlusion intestinale du post-partum par coudure de l'angle splénique du côlon. (*Bulletins Société Obst. et Gyn. de Paris*, novembre 1936).
- DOMENECH. — Action de l'anesthésie rachidienne sur la motilité intestinale. (*Presse Médicale*, 1929, t. 1, p. 70).
- DONALD. — Volvulus du cæcum et du côlon ascendant pendant la grossesse. (*British Journal Surgery*, octobre 1927, t. 75, p. 269).
- DONALDSON. — Grossesse compliquée de volvulus du sigmoïde. (*British Medical Journal*, 13 décembre 1919, p. 774).
- DUCUING. — La parésie intestinale post-opératoire d'origine phlébique. (*Presse Médicale*, 1928, t. 2, p. 1060).

- DUVAL P. et GATELLIER. — Précis de pathologie chirurgicale. Masson, 1938, p. 577.
- DUVAL P. — La rachi-anesthésie dans l'iléus aigu. (Conclusion de la discussion à la *Société de Chirurgie de Paris*, 1927, in *Bulletins*, 1927, p. 596).
- ELIASON et ERB. — L'occlusion intestinale compliquant la grossesse. (*Surgery St-Louis*, volume 1, n° 1, janvier 1937).
- ELTRICH. — Occlusion intestinale par brides au cours de la grossesse. (*Orne Médical*, novembre 1924).
- ESTIENNY. — Occlusion intestinale et grossesse. (*Société Obst. et Gyn. Toulouse*, Séance du 27 nov. 1935, in *Bulletins* 1936, p. 180).
- EVELBAUER. — Appendicite et grossesse. (*Münch. Mediz. Wochenschrift*, 27 mars 1936).
- FAYREAU et KLEIN. — Syndrome d'occlusion intestinale pendant la grossesse avec appendicite gangréneuse pelvienne. (*Société Obst. et Gyn. de Lille*, 22 février 1933, in *Bulletins* 1933, p. 542).
- FLORENCE. — Occlusion intestinale au cours de la grossesse. (*Bulletins Société Obst. et Gyn. Paris*, 1914, p. 219).
- FORGUE. — Contribution à l'étude du mécanisme du volvulus du côlon pelvien. (*Presse Médicale*, 10 janvier 1920).
- FORGUE et BASSET. — La rachi-anesthésie. (*Rapport au Congrès de Chirurgie*, 1928).
- FRONTICELLI. — Occlusion intestinale dans le puerpérium. (*Clinica ostetrica*, avril 1934).
- GAUCHERY. — Les occlusions intestinales pendant la puerpéralité, (*Thèse Paris*, 1902).
- GAUTHERON (Mlle). — Les occlusions intestinales au cours de la grossesse extra-utérine. (*Thèse Paris*, 1934).
- GINGLINGER. — Pseudo-iléus puerpéral. (*La Gynécologie*, mai 1934).
- GOLDSCHMITT. — Iléus de la puerpéralité. (*Zblatt. für Gynäk.*, 1923, p. 636).
- GONNET. — Iléus du post-partum. (*Lyon Médical*, 1922, p. 271).
- GONZALEZ. — Un cas d'occlusion intestinale au cours de la grossesse. (*Société Obst. et Gyn., Buenos-Ayres*, 5 juin 1924, in *Semana Medica*, 1924, p. 158).
- GOTTSCHALK. — Occlusion intestinale par rétroversion d'utérus gravide. (*Archiv. für Gynäk.*, 1894, t. 46, p. 361).
- GRAF. — Occlusion intestinale dans les suites de couches. (*Lancet Chirurgical*, 1916, p. 148).
- GUCHTENEERE (de). — Iléus paralytique du post-partum. (*Bruxelles Médical*, 1929, t. 9, p. 307).
- GUTHMANN et STAHLER. — Modifications de la position et de la fonction du tractus intestinal normal à la fin de la grossesse. (*Zblatt. für Gynäk.*, t. 57, n° 4, 28 janvier 1933).

- HALTER et PAPE. — Modifications menstruelles de la motricité intestinale. (*Deutsche Medizin. Wochenschrift*, 10 mars 1933, t. 59, n° 6).
- HALTER. — Contribution à l'étude de l'iléus de la gravidité. (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 12 juin 1931, t. 49, n° 24).
- HAMANT et VERMELIN. — Volvulus d'un mégacolon au huitième mois de la grossesse. Mort. (*Bulletins Société Obst. et Gyn. Nancy*, nov. 1937, p. 686).
- HANDHORN. — Iléus au cours de la gestation. (*Zblatt. für Gynäk.*, 1922, t. 46, p. 1057).
- HAVLASEK. — Occlusion intestinale au cours de la grossesse. (*Časopis lek. česk.*, 23 novembre 1934, p. 1312).
- HEMKES. — Un cas d'iléus au sixième mois de la grossesse par rupture utérine. (*Deutsche Medizin. Wochenschrift*, juillet 1938, t. 54, p. 1161).
- HILGENBERG. — Occlusion intestinale au cours de la pyélite gravidique. (*Zblatt für Gynäk.*, 1929, n° 23, p. 1459).
- HOFVEN (Van der). — Iléus de la puerpéralité. (*Zblatt für Gynäk.*, 1912, t. 36, p. 1534).
- HOLT. — Traitement de l'iléus paralytique. (*British Medical Journal*, 1931, n° 39).
- HORTA-BARBOSA. — Occlusion intestinale accident rare au cours de la grossesse. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1936, p. 392).
- HUBERT DE LOUVAIN et BALARD. — Occlusion intestinale et grossesse. (*Société Anatomique-Clinique de Bordeaux*, 12 novembre 1923).
- HUBLER. — L'influence de la péristaltine dans la parésie intestinale post-opératoire. (*Wiener Medizin. Wochenschrift*, 1929, t. 42, n° 33).
- HÜSSY. — Un cas d'iléus pendant la grossesse. (*Helvetia Medica Acta*, février 1937, t. 4, p. 48).
- JACKSON. — Iléus et grossesse. (*British Medical Journal*, 7 février 1920).
- JACOBY. — Rétroversion incarcerated d'utérus gravide. (*Amer. Journal Obst. and Gynec.*, mai 1930, t. 19, p. 676).
- JANKOWSKI. — Le volvulus du sigmoïde. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1913, t. 124, p. 298).
- JAROSCHKA. — Iléus de la gestation. (*Medizinische Klinik*, 31 août 1932, t. 28, n° 35).
- KELLER R. — Lésions du pseudo-iléus puerpéral. (*Bulletins Société Obst. et Gyn. Strasbourg*, 1926).
- Occlusion intestinale et grossesse. Le pseudo-iléus. (*La Gynécologie*, Paris 1925, t. 24, p. 354).
- KELLER et BOHLER. — Occlusion intestinale dans le post-partum. (*Bulletins Société Obst. et Gyn. Strasbourg*, 1933, p. 699).

- KLEIN. — Occlusion intestinale et pyélite gravidique. (*Zblatt für Gynäk.*, 1929, n° 40, p. 2531).
- KLÉINEKNECHT et TASSOVATZ. — L'occlusion intestinale pendant la grossesse. (*Strasbourg Médical*, 5 mai 1933).
- KOHLER. — Iléus et péritonite dans les suites de couches. (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1920, t. 33, p. 937).
- KONIG. — Sur le volvulus au cours de la gravidité. (*Archiv. für klinische chirurgie*, 1922, t. 12, p. 188).
- KORNFELD et DAICHMANN. — Volvulus du sigmoïde et grossesse. (*Amer. Journal Obst. and Gyn.*, mai 1934, t. 27, p. 768).
- KUNARATNAM. — Un cas d'iléus de la grossesse. (*Journal Ceylan Brit. M. A.*, avril 1936, t. 33, p. 94).
- KUX. — L'occlusion intestinale de l'intestin grêle, complication de la gastro-entérostomie rétro-colique au cours de la grossesse. (*Brun's Beitrage zur Klinische chirurgie*, 28 juillet 1937, volume 166, fasc. 1).
- LACROIX. — Etude des occlusions intestinales post-opératoires. (*Thèse Montpellier*, 1923).
- LAFFONT et CALLEJA. — Certaines formes d'occlusion intestinale au cours de la grossesse. (*Journal d'Obstétrique*, juillet 1931).
- Un cas d'occlusion intestinale pendant la grossesse. (*Bulletin Société Obst. et Gyn. Alger*, 1932, p. 1931).
- LAFFONT et EZES. — Appendicite et grossesse. (*Bulletin Société Obst. et Gyn.*, oct. 1936, n° 3).
- LAFFONT, GARES et LAFFONT. — Infarctus du mésentère au cours de la grossesse. (*Bulletins Société Obst. et Gyn.*, oct. 1937, n° 8).
- LAMBERT. — Volvulus de l'S iliaque au cours de la grossesse. (*Thèse Paris*, 1931).
- LAMPE. — Le volvulus de l'anse sigmoïde pendant la puerpéralité. (*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäk.*, 1909, t. 29, p. 403).
- LECÈNE. — Contribution à l'étude des volvulus du gros intestin. (*Revue de Chirurgie*, 1910, t. 4, p. 21).
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, t. 3, p. 168.
- LECERCIE. — Volvulus du côlon pelvien. (*Bulletins et Mémoires Société de Chirurgie*, 18 novembre 1932).
- LEFÈVRE. — Un cas d'occlusion intestinale au cours de la grossesse. (*Société Médicale de Bordeaux*, avril 1930).
- LEJARS. — Chirurgie d'urgence. Traitement de l'occlusion intestinale. (1 vol. Masson, 1936, p. 447).
- Occlusion intestinale au cours de la puerpéralité. (*Annales de Gynéco. et Obst.*, juin 1913).
- LEITNER. — Iléus et gravidité. (*Inaugural dissertation Leipzig*, 1926)

- LEMANSKI. — Occlusion intestinale au huitième mois de la grossesse. (*Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, novembre 1923).
- LEMERCIER. — Occlusion intestinale et puerpéralité. (*Thèse Paris*, 1908).
- LIPAGE et PINARD. — Discussion sur l'occlusion intestinale au cours de la grossesse. (*Bulletins Société Obst. et Gyn. Paris*, 1913, p. 142).
- LEQUEUX et DUPONT. — Entérostomie pour paralysie intestinale au cours d'une péritonite post-abortum. (*Annales Gynéco. Obst.* 1913, t. 6).
- LÉVY-KLOTZ, PINARD et CUNÉO. — Un cas d'occlusion intestinale pendant la grossesse. (*Bulletins Société Obst. et Gyn. Paris*, 1913, p. 118).
- LÉVY-SOLAL. — Occlusion intestinale et puerpéralité. (*Conférences du dimanche*. Beaudelocque, 29 juin 1921).
- LÉVY-SOLAL et DE PARIENTE. — Intolérance et grossesse. (*Presse Médicale*, 21 mai 1933, p. 834).
- LÉVY-SOLAL. — Etude du transit intestinal au cours de la grossesse. (*Presse Médicale*, 7 mai 1927, n° 37).
- LÉVY-SOLAL, ROUX et LARDENOIS. — Occlusion haute de l'iléon au sixième mois de la grossesse. (*Archives Mal. App. Digestif*, Paris, juillet 1924).
- LIEBMANN. — Iléus du post-partum. (*Deutsche Medizin. Wochenschrift*, 23 décembre 1932, t. 58, n° 32).
- LEVEUF. — Influence de l'anesthésie rachidienne sur les mouvements de l'intestin. (*Presse Médicale*, 1928, p. 1028).
- LUDWIG. — Iléus de la grossesse du travail et des suites de couches. (*Zeitschrift für geburtshilfe und gynäk.*, 1914, t. 75, p. 324).
- LUIZ a HORTA BARBOSA. — Infarctus intestinal au cours de la grossesse. (*Revista de Gynecologica et obstetricia*, juin 1934).
- MALFATTI. — Occlusion intestinale. (*Monatschrift für Geburtshilfe und gynäk.*, 1926, t. 72, cahier 1).
- MADRUZZA. — Le fonctionnement de l'intestin pendant la gravidité. (*Folia Gynecologica*, 1930, p. 290).
- MARKOWA. — Iléus de la grossesse. (*Zblatt für gynäk.*, 1914, t. 38, p. 1179).
- MAROGER. — Sur deux nouvelles observations de volvulus au cours de la grossesse. (*Thèse Paris*, 1933).
- MASCARO y PERCAR et LUIS GUBERN SALISACHE. — Iléus et gestation. (*Revista Espanola de obstetricia et Gynecologia*, juillet 1935, t. 20, p. 235).
- MASSEY. — Occlusion intestinale compliquant la grossesse. (*Texas State J. Med.*, t. 31, p. 566. janvier 1936).

- MATHIEU. — Occlusion intestinale au cours de la grossesse. (*Bulletins Société Chirurgie*, 10 déc. 1919).
- MATRY. — Volvulus d'un mégacôlon sigmoïde pendant la grossesse. (*Bulletins et Mémoires Société Nationale de Chirurgie*, 1930, t. 56, p. 1418).
- METZGER. — Le chirurgien devant l'état puerpéral. (1 vol. Masson, 1936, p. 221).
- MEYER. — L'occlusion intestinale pendant la grossesse. (*Monatschrift für geburtshilfe und Gynäk.*, 1899, p. 657).
- MICHAELIS. — Iléus de la grossesse et pyélite. (*Zblatt für gynäk.*, t. 57, n° 18, 6 mai 1933).
- MICKULICZ - RADECKI. — Iléus et gravidité. (*Münchener Medizin. Wochenschrift*, 1926, p. 1352).
- MOIROUD. — Occlusion intestinale et grossesse. (*Progrès Médical*, 29 août 1931).
- MONDOR. — Diagnostics urgents de l'abdomen. (Un volume. Masson, 1937).
- MONOD. — Grossesse et colite muco-membraneuse avec signes d'occlusion intestinale. (*Annales de la Policlinique médicale*, Bordeaux, 1898, p. 758).
- MORETIN. — Volvulus de l'S iliaque au terme de la grossesse. (*Bulletins Société Anatomique*, Paris, 1904, p. 624).
- MOULONGUET. — La radiographie dans l'occlusion intestinale aiguë. (*Paris Médical*, 4 avril 1936).
- MAZZINI. — Iléus du post-partum. (*Semana Medica*, 1916, t. 23, p. 491).
- NAZ. — Les péritonites puerpérales. (*Thèse Lyon*, 1913).
- NOVAK. — La constipation en gynécologie et obstétrique. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 3 mars 1927, t. 40, p. 290).
- NURNBERGER. — Iléus de la gravidité. (*Zblatt für Gynäk.*, 1925, p. 136).
- OCHSNER, GAGER, CUTTING. — Traitement de l'iléus paralytique par l'anesthésie des splanchniques. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 9 juin 1928, t. 90).
- OKINZYCK. — Quatre cas de volvulus du côlon pelvien traités par la résection en plusieurs temps. (*Bulletins et Mémoires Soc. Chirurg.*, 1^{er} juin 1932).
- OLIVIER A. — Note sur un cas d'occlusion intestinale au cours de la grossesse. (*Annales de la Policliniques de Paris*, avril 1905, p. 73).
- PASTIELS et STRAETMANS. — Occlusion intestinale aiguë et grossesse. (*Bruxelles Médical*, 15 mars 1936, p. 765).
- Occlusion intestinale et grossesse. (*La Gynécologie*, mai 1936, p. 302).
- PATEL. — Hernie épigastrique étranglée au cinquième mois d'une grossesse. (*Lyon Chirurgical*, mai-juin 1929, t. 26, p. 436).

- PERALTA RAMOS et ROTH. — L'iléus paralytique de la grossesse comme manifestation de toxémie gravidique. (*Revista de Gynecologica et obstetrica*, février 1932, t. 26, p. 99).
- PÉRY et MAUGÉ. — Césarienne basse pour présentation de l'épaule. Occlusion intestinale secondaire par adhérences. Guérison. (*Société Obst. et Gyn. Bordeaux*, 26 janvier 1932, in *Bulletins*, 1932, p. 352).
- PIERRA L. — Accidents produits par la constipation chez la femme enceinte. (*Journal des Sages-femmes*, 1913, p. 328).
- PIOTROWSKI. — Occlusion intestinale aiguë pendant la grossesse et les suites de couches. (*Zblatt für gynäk.*, 1905, p. 249).
- PLASCHKES. — Modifications hormonales de la péristaltique intestinale pendant la menstruation et la gravidité. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1933, t. 46, p. 303).
- PLAUCHU. — Syndrome d'occlusion intestinale provoqué par l'utérus grévise à la fin du huitième mois. (*Annales gynéco. et obst.*, novembre 1916).
- PORAK. — Occlusion intestinale apparue au début du travail. (*Comptes Rendus Société Obst., Gyn. et Péd., Paris*, mars 1902).
- PORCHER. — Polymorphisme du syndrome radiologique de l'occlusion intestinale aiguë. (*Bulletins Société Française d'Electrothérapie*, oct. 1935).
- RADAËLI. — Iléus par volvulus du grêle du cæcum et du côlon ascendant. *Ann. di ostetrica*, sept. 1928, t. 50, p. 1085).
- RAVINA. — Occlusion intestinale et grossesse. (*Pratique Médicale Française*, décembre 1931).
- REEB. — Un cas d'occlusion intestinale pendant la grossesse. (*Bulletins Société Obst. et Gyn., Strasbourg*, 1922).
- REIS. — Obstruction intestinale et grossesse à terme. (*Amer. Journ. Obst. and Gyn.*, décembre 1937, t. 34, n° 6).
- RENAN. — Le syndrome d'occlusion intestinale dans ses rapports avec la gestation, le travail et les suites de couches. (*Thèse Paris*, 1921.)
- ROLAND. — De l'influence de l'entérocolite sur la grossesse. (*Poitou Médical*, 1905, p. 193.)
- ROSENSTEIN et KOHLER. — Influence des injections de nicotine dans le ganglion cœliaque sur la paralysie intestinale. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1928, p. 315.)
- RUDAITIS. — Un cas de volvulus du sigmoïde au cours de la grossesse. (*Medicina Kaunas*, octobre 1936, t. 17, p. 749.)
- RUPP. — L'iléus pendant la gestation. (*Zblatt für Gynäk.*, 1929, n° 25, p. 1558.)
- SABOURIN, LAENNEC, MAROGER. — Vovulus du côlon pelvien au cours de la grossesse. (*Gazette médicale de France*, 1^{er} juin 1937.)

- SANTI. — Iléus et état puerpéral. (*Folia Gynecologia*, 1916, p. 1.)
- SCHOEFFER et KELLER. — Torsion de l'épiploon pendant la grossesse. (*Bulletins Société Obst. et Gyn.*, 1923, p. 441.)
- SCHMITT. — Iléus de la grossesse. (*Zblatt für Chirurgie*, 17 janvier 1925.)
- SCHWARTZ. — Le volvulus du côlon pelvien pendant la grossesse. (*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäk.*, 1909, t. 29, p. 531.)
- SEGUY. — Appendicite et grossesse. (*Thèse Paris*, 1924.)
- SENCERT. — Volvulus du côlon pelvien pendant la grossesse. (*Bulletins et mémoires Société de Chirurgie*, février 1922, p. 270.)
- SENNEWALD. — Iléus et pyélite. (*Zblatt für Gynäk.*, 5 octobre 1929, p. 2535.)
- SHILLER. — Trois cas d'iléus au cours de la gravidité. (*Zblatt für Gynäk.*, 1924, t. 48, p. 86.)
- SCHUMANN et MISSET. — Iléus adynamique au cours de la grossesse. (*Amer. Journ. Obst. and Gyn.*, juillet 1933, t. 26, p. 59.)
- SIMITCH. — Le traitement par la bile conservée de la paralysie intestinale post-opératoire (*Strasbourg Médical*, 1924, n° 3.)
- SMITH. — Un cas de volvulus pendant la gravidité. (*Medizinische revue Betgen*, 1914, p. 317.)
- SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, GYNÉCOLOGIE ET PÉDIATRIE. — Discussion de mars 1902; discussion de mars 1913.
- SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE. — Discussion de mars 1897.
- SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BORDEAUX. — Discussions d'avril 1930.
- STEINITZ. — Iléus et gravidité. (*Medizinische Welt*, nov. 1932, tome 6, p. 1680.)
- STOECKEL. — Iléus et pyélite de la gestation. (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1924, p. 257.)
- *Lehrbuch der Geburtshilfe*, 2^e édition, 1923.
- Iléus et pyélite gravidique. (*Zblatt für gynäk.*, 1929, n° 23, page 1462.)
- STORP. — Iléus gravidique. (*Medizinische Welt*, 1929, tome 3, page 363.)
- STUDDIFORT. — L'anesthésie spinale dans le traitement de l'iléus paralytique. (*Surgery gynec. and obst.*, 1928, tome 47, page 863.)
- SZAMETZ. — Occlusion par bride appendiculaire au cours de la grossesse. (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 10 décembre 1926, tome 73, page 2126.)
- SCHWARTZ et QUÉNU. — L'occlusion intestinale paralytique, in *Traité de Pathologie externe* Le Dentu, Delbet et Schwartz, 1926, page 162.

- TOURNEUX et LASSERRE. — Occlusion intestinale par atonie du côlon ilio-pelvien chez une parturiente de 7 mois. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, juillet 1936.)
- VANDERZYPEN. — Les obstructions intestinales d'origine gynécologique. (*Bruxelles Médical*, 23 février 1936.)
- VANLANDE. — Volvulus d'un mégasigmoïde. Colectomie en deux temps. Guérison. (*Bulletins et Mémoires Société de Chirurgie*, 18 nov. 1932.)
- VANVERTS et PALLIEZ. — Volvulus du grêle chez une femme enceinte de 5 mois. (*Bulletins Société Obst. et Gyn. Lille*, 1936, page 40.)
- VAUTRIN. — L'occlusion intestinale pendant la grossesse. (*La Gynécologie*, avril 1922, tome 21, page 193.)
- L'occlusion intestinale pendant la grossesse. (*Bulletins Société Obst. et Gyn. Nancy*, 1922.)
- VAYSSIÈRE et SALMON. — Volvulus du cæcum en fin de grossesse. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, 28 octobre 1935, tome 9, n° 8.)
- VERGEZ. — L'occlusion intestinale pendant la puerpéralité. (*Thèse Paris*, 1901.)
- VERMELIN, ROTHAN, RICHON. — Occlusion intestinale au 5^e mois de la grossesse. Guérison. (*Bulletins Société Obst. et Gyn. Nancy*, juillet 1936.)
- VERNEJOUL (DE). — Occlusion intestinale par volvulus du grêle au cours de la grossesse. Résection. Guérison. (*Bulletins et Mémoires Société Chirurgie Marseille*, juillet 1934, p. 303.)
- VIGNES. — Maladies des femmes enceintes, tome I, page 261.
- Occlusion intestinale pendant la grossesse. (*Concours Médical*, 12 mars 1933.)
- VILHÈS. — L'occlusion intestinale post-opératoire. (*Thèse Paris*, 1929.)
- WEEKS. — Volvulus d'un mégacôlon sigmoïde. (*Annals of Surgery*, Philadelphie, 5 mai 1931.)
- WESTMANN. — Un cas de volvulus du côlon pelvien au cours de la grossesse. (*Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1928, tome 7, page 114.)
- WESTPHALEN. — Iléus au cours de la grossesse. (*Zblatt für Gynäk.*, 1926, page 423.)
- WILHELM. — Iléus et grossesse. (*Zblatt für Gynäk.*, 29 janvier 1927, Tome 54, p. 274.)
- YUN. — Deux observations d'iléus pendant la grossesse. (*Japanese Journal of Obst. and Gyn.*, volume 19, n° 1, janv. 1936.)
- ZELAIK. — Iléus après péritonite post-partum. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1919, tome 32, p. 675.)



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



